

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE

N° 183

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Madeleine JULY (née Madeleine Chabert)

Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Paris, le 6 avril 1896.

Contribution à l'Etude
DE LA
SYPHILIS TRAUMATIQUE
des Os et des Téguments

Président : M. FAURE, Professeur

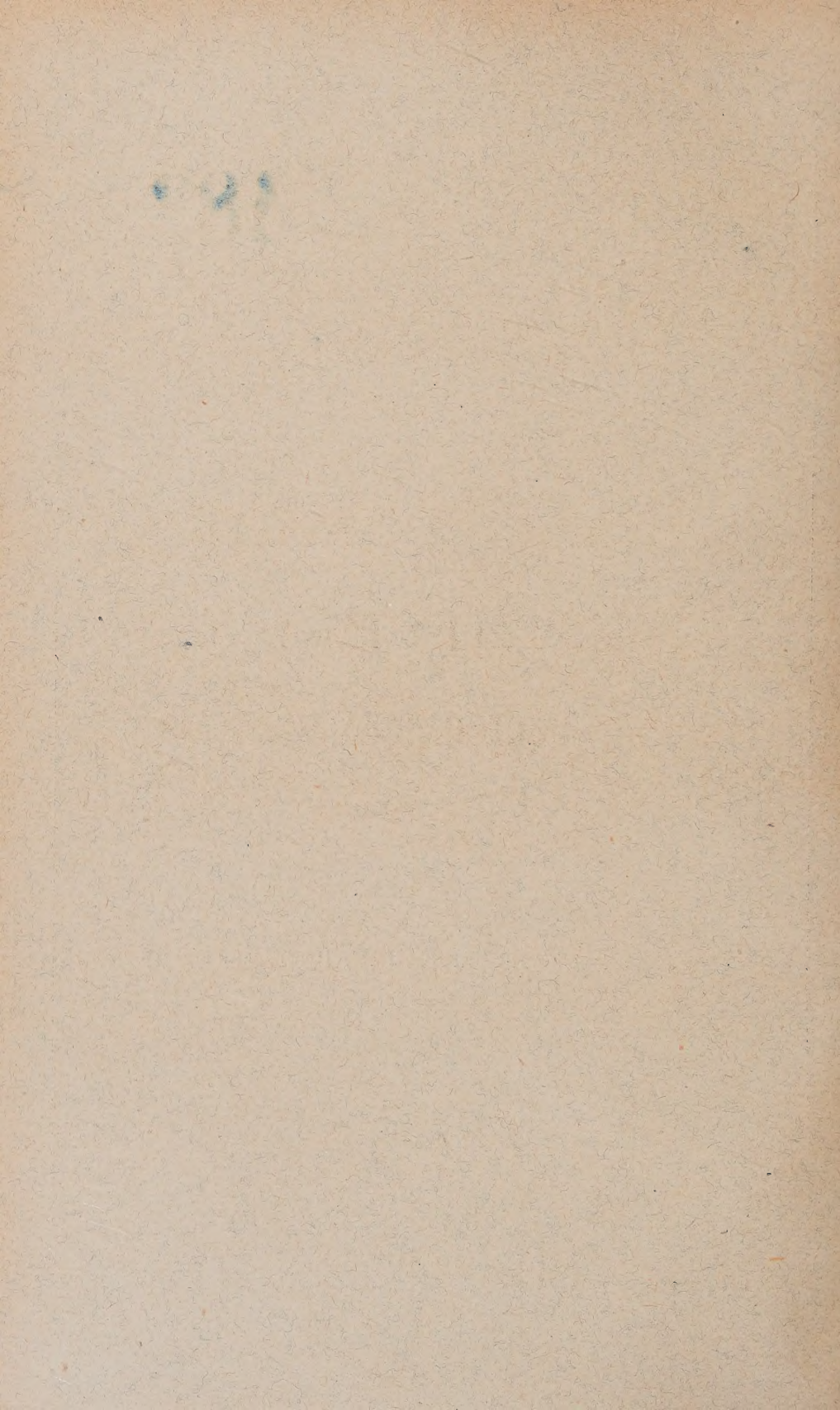
Imprimerie des Facultés

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince

(PARIS VI^e Arr^t)

1925



THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Madeleine JULY (née Madeleine Chabert)

Externe des Hôpitaux de Paris

Née à Paris, le 6 avril 1896.

Contribution à l'Etude
DE LA
SYPHILIS TRAUMATIQUE
des Os et des Téguments

Président : M. FAURE, Professeur

Imprimerie des Facultés

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince

(PARIS VI^e Arr^t)

1925

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



Doyen	M. G.-H. ROGER.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	D'ESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LEGÈNE
Anatomie pathologique	LÉTULLÉ
Histologie	D'ARENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	{ GILBERT
	{ CHAUFFARD
	{ ACHARD
	{ WIDAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	{ DELBET
	{ HARTMANN
	{ LEJARS
	{ GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE
	{ BRINDEAU
	{ JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale.
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale
 BAUDOIN..... Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE ... Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale
 CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 I. de JONG ... Anatomie pathologique
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER.. Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 JOYEUX..... Parasitologie.

MM.

LABBÉ (H.).... Chimie biologique.
 LARDENNOIS.. Pathologie chirurgicale
 LE LORIER... Obstétrique.
 LÉMAITRE..... Oto-rhino-laryngologie
 LEMIERRE..... Pathologie médicale.
 LEVY-SOLAL .. Obstétrique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale
 METZGER..... Obstétrique.
 MOCQUOT..... Pathol. chirurgicale.
 MONDOR..... Pathol. chirurgicale
 MOURE..... Pathol. chirurgicale.
 MULON..... Histologie
 PHILIBERT... Bactériologie
 RIBIERRE..... Pathologie médicale.
 RICHT Fils... Physiologie
 ROUVIERE..... Anatomie.
 STROHL..... Physique médicale.
 TANON..... Pathologie médicale.
 TIEFFENEAU... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VERNE..... Histologie.
 VILLARET.... Pathologie médicale.
 WELTER..... Anatomie pathologique

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

GOUSEROT .. Pathologie médicale.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.

MM.

BETTERER... Histologie.
 ROUSSY..... Anatomie pathologique

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE.	Clin. chirurg. infantile
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale.
LERREBOULET..	Cliniq. méd. infantile.	SCHWARTZ....	Clinique chirurgicale.
LÉRI.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Cliniq. ophtalmologiqu.
LOEPER.....	Clinique médicale.		

V. — Chargés de cours

MM. MAÜCLAIRE, agrégé...	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
N.....		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD.....		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MES CHERS PARENTS

*Hommage de ma filiale affection et de ma
profonde reconnaissance.*

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLÉMENT SIMON

MÉDECIN DE SAINT-LAZARE

Officier de la Légion d'honneur

*En témoignage de la très grande affection qui
m'unît à lui.*

*Et en le remerciant vivement de l'aide
précieuse et des conseils qu'il m'ap-
porta dans le choix et la rédaction de
celle thèse, me faisant ainsi bénéficier de
son lumineux enseignement et de sa bri-
llante expérience.*

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Commandeur de la Légion d'Honneur

*En le remerciant de l'honneur qu'il nous a fait
en acceptant la présidence de cette thèse,
après nous avoir accueillie dans son service
à la fin de notre externat.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL.

MONSIEUR LE DOCTEUR BERGÉ (in *mémoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR AVIRAGNET.

MONSIEUR LE DOCTEUR QUEYRAT.

MONSIEUR LE DOCTEUR LAUBRY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCA (in *mémoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR APERT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN-LOUIS FAURE.

MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA.

MONSIEUR LE DOCTEUR LORTAT JACOB.

Contribution à l'étude de la syphilis traumatique des os et des téguments

CHAPITRE I

Définition et délimitation du sujet

On peut donner à l'expression « syphilis traumatique » des sens divers. Quelques auteurs ont décrit sous ce nom des faits de contamination syphilitique à l'occasion d'une solution de continuité des téguments par un instrument porte-germes. Le chancre du rasoir en est le type.

Ce ne sont pas ces faits que nous voulons étudier ici.

Nous n'avons en vue que ceux qui regardent des malades déjà contaminés et chez lesquels un traumatisme a été le point de départ d'une manifestation syphilitique. Nous dirons un mot également de l'évolution des plaies chez les syphilitiques.

Ainsi entendue, la question n'est pas neuve. Les vieux praticiens croyaient que les plaies se cicatrisaient mal chez les vérolés. Mais c'est surtout Verneuil avec ses élèves qui, étendant sa doctrine du microbisme latent, l'appliqua à la syphilis. Il admettait que les plaies dans ces conditions se cicatrisaient lentement et que même elles pouvaient se transformer en ulcères

syphilitiques. La thèse de doctorat de L. H. Petit (Paris 1875) expose les idées du maître et contient un assez grand nombre d'observations. La thèse d'agrégation de Paul Berger fait autorité en la matière.

Depuis, de nombreux auteurs ont publié les cas de syphilis traumatique.

Si nous reprenons cependant cette question, ce n'est pas semble-t-il, sans raison. En effet, avant la découverte du tréponème et la vulgarisation de sa recherche, avant surtout la découverte de la réaction de Bordet-Wassermann, avant même la démonstration par Bassereau de la dualité du chancre simple et du chancre syphilitique, les erreurs de diagnostic étaient plus communes et plus excusables que de nos jours. Les causes d'erreur étaient encore augmentées par l'ignorance où l'on était de l'existence des plaies et des gommes mycosiques. Le traitement d'épreuve lui-même était une source de confusion car il était fait le plus souvent à l'aide de l'iodure de potassium qui agit aussi sur les mycoses.

M. Thibierge, dans un article récent de la gazette des hôpitaux (n° 5, janvier 1925) a fait une critique très serrée des observations rapportées par divers auteurs et il a montré que, pour un grand nombre d'entre elles, il s'agissait d'erreur de diagnostic.

D'autre part, la guerre, pour le traumatisme de tous ordres auxquels elle a donné lieu a fourni un vaste champ d'observation. Des milliers de syphilitiques ont été blessés par les engins les plus divers, ont subi des

traumatismes d'une variété inconnue jusqu'ici. Les méthodes de recherches les plus modernes étaient à la disposition des médecins dans les hôpitaux du territoire. Les conditions les meilleures étaient donc réunies pour donner enfin une solution à la question de la syphilis traumatique.

Enfin, un intérêt nouveau s'attache au sujet que nous étudions, depuis la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail. Fréquemment, les experts sont consultés à propos de malades syphilitiques blessés et les solutions à donner sont parfois très délicates. Ce n'est pas sur le terrain de la médecine légale que nous voulons cependant nous placer. Notre désir est simplement d'apporter un certain nombre de faits, d'en faire la critique, d'en donner si possible une interprétation et de les mettre pour ainsi dire à la disposition du médecin légiste qui pourra en tirer les conclusions particulières à son art.

Mais, même dans le sujet que nous venons de délimiter, il faut savoir se borner. Le syphilitique peut en effet subir des traumatismes d'ordres différents. Il est sujet à recevoir des coups d'instruments contondants, piquants ou tranchants, de subir des fractures, des luxations, etc., en somme des traumatismes externes. Il peut aussi subir des traumatismes internes. On a du moins appelé ainsi les « chocs » qui peuvent résulter par exemple : d'une érection provoquant une hypertension subite ; d'une commotion ; d'un accès de fièvre palustre par exemple ; du coït. Ces « traumatismes »

d'un genre particulier seraient susceptibles de provoquer des localisations de la syphilis au cœur, au cerveau, à la moelle épinière.

On comprend toute la différence qui sépare les traumatismes externes de ces traumatismes internes. Nous laisserons volontairement ceux-ci de côté car ils se prêtent mal à une étude précise et laissent, pour la plupart, une trop large part à l'interpréteur.

Mais même parmi les traumatismes externes, nous n'aurons en vue que ceux qui atteignent les téguments et les os, n'ayant pas pu trouver un cas net de syphilis viscérale par traumatisme externe, si l'on en excepte cependant quelques faits de sarcocèles.

Avant d'exposer les faits qui servent de base à notre étude et les conclusions qui en découleront, il nous paraît utile de citer un passage de Fournier, (1) qu'on ne consulte jamais en vain en matière de syphilis et qui donne une idée précise de la doctrine adoptée vers les années 1900.

« Un troisième groupe étiologique comprend nombre de *causes* extérieures susceptibles de servir d'incitation au tertiarisme.

« Le type, le prototype du genre est l'influence du tabac sur les lésions tertiaires de la bouche et de la langue tout spécialement.

« La lésion, dite glossite scléreuse, constitue certainement une conséquence fréquente de l'excitation dé-

(1) Alfred Fournier, traité de la syphilis, période tertiaire tome II, fascicule I. p. 16. Rueff édit. Paris 1906.

terminée par le tabac sur la langue de sujets syphilitiques. C'est là un point sur lequel j'aurai l'occasion de revenir en détail, et que Ricord, pour le dire immédiatement, avait signalé de vieille date.

« En second lieu, figure ici le *traumatisme* qui, d'une façon indiscutable, a servi maintes fois d'origine, de prétexte à des explosions tertiaires de modalités diverses et parfois des plus curieuses, comme on va le voir.

« D'abord, très nombreuses sont les observations relatives à des traumatismes osseux ayant déterminé *in situ* des exostoses, et des exostoses non pas simplement inflammatoires mais spécifiques, d'où spécifiquement justiciables du traitement antisypilitique. Exemple : un de nos confrères tombe de plusieurs mètres de hauteur et se fait à la jambe droite, inférieurement, une très violente contusion ; quelque temps après, formation d'une exostose très volumineuse de la malléole interne et de tout le quart inférieur du tibia ; traitement spécifique suivi d'une guérison rapide.

« Mais voici qui est plus surprenant et non moins authentique. Des traumatismes ont parfois servi d'origine à des explosions gommeuses cutanées. Exemple : un homme syphilitique depuis 10 ans, est renversé par une voiture qui lui passe sur la jambe gauche et fait là une vaste plaie contuse. Tout aussitôt après la formation de la cicatrice, apparition d'une syphilide gommeuse qui ouvre une partie de la jambe antérieurement et latéralement.

« Deux autres cas, de même ordre sont encore à citer. L'un, dû au Dr Thomas, se résume en ceci : fracture du tibia sur un sujet syphilitique ; consécutivement, invasion de gommès au niveau de la fracture. L'autre, relaté par le Dr H. Petit, est encore plus curieux : luxation de l'épaule, survenue sur un vieillard de 87 ans : tentatives infructueuses de réduction. Quelque temps après, un vaste foyer de syphilides tuberculo-croûteuses envahit le moignon de l'épaule. A noter au passage que, sur ce malade, l'infection remontait à 67 ans !

« Des accidents du même ordre ont été observés pour le testicule, comme en témoignent plusieurs exemples relatés dans la science sous le nom de « sarcocèle plastique ou sarcocèle scléro-gommeux consécutif à des contusions de l'organe ». Pour ma part, j'ai dans mes notes le cas suivant :

Un homme étant atteint de syphilis depuis deux ans, lorsqu'un jour en jouant avec ses enfants qui dansaient sur ses genoux, il reçut de l'un d'eux un violent coup de pied dans les bourses. Survint immédiatement une tuméfaction douloureuse des deux testicules ; au-delà, tuméfaction progressivement croissante, mais aplegmasique et indolente, des deux organes, qui arrivèrent l'un et l'autre à prendre le volume de très gros citrons. L'un d'eux resta à l'état de sarcocèle plastique et dur ; mais l'autre, après adhérence à la peau, s'ouvrit et évacua une série de bourbillons gommeux..

« On a vu même, et par une pathogénie identique, des irritations ou des lésions cutanées très diverses

(brûlures, vésicatoires, dermatoses, etc.) servir d'appels locaux au tertiariisme.

« Quelques exemples :

« Un forgeron est brûlé au sternum par projection d'un fer à cheval incandescent. A peine la brûlure était-elle en réparation cicatricielle qu'autour d'elle se forma un foyer de syphilides tuberculo-croûteuses.

« Un client du Dr Barthélemy se laisse tomber sur la cuisse gauche une bouillote remplie d'eau très chaude. La brûlure suit une marche normale tout d'abord. Mais, quelques semaines plus tard, il se fait *in situ*, sur toute la région antérieure de la cuisse, une invasion de syphilides tuberculeuses.

« Cazenave a relaté l'observation d'un syphilitique qui, s'étant appliqué un vésicatoire sur le bras pour une douleur à ce niveau, vit apparaître en ce point un semis de syphilides ulcéreuses.

« J'ai vu, sur un malade affecté de syphilis depuis huit ans et, de plus, paludique, des foyers de syphilides gommeuses profondément ulcératives se constituer sur l'une et l'autre cuisse exactement au niveau des points où avaient été pratiquées des injections de sulfate de quinine.

« De même encore pour les *traumatismes sanglants*. Plusieurs fois dès plaies de ce genre ont dégénéré en de véritables ulcères spécifiques. Il est même arrivé, en pareille occurrence, qu'on a dépisté, de par l'objectivité spéciale de ces plaies « dégénérées » des syphilis dont les malades ne parlaient pas.

.....

« De même les *plaies opératoires* ont quelquefois subi des dégénérescences de cet ordre. Si bien qu'il est devenu de règle en chirurgie de ne pratiquer sur les sujets syphilitiques les opérations qui *peuvent être différées* qu'à échéance plus ou moins distante des dernières manifestations spécifiques et après une nouvelle série de traitements ayant pour objectif de prévenir des décharges diathésiques sur le champ opératoire.

« Cette précaution, certes, est très légitime, et loin de moi l'intention de lui adresser la plus légère critique. Je ne me permettrai à ce propos qu'une remarque d'ordre général. C'est qu'à coup sûr on a fort exagéré la fréquence de ces retentissements possibles de la syphilis sur les traumatismes d'ordre quelconque. Certes oui, ce retentissement peut se produire, et je viens d'en citer des témoignages authentiques ; mais en réalité, il ne se produit que d'une façon *rare*. Je l'ai vu faire défaut sur quantité de mes malades à propos d'accidents de tout ordre, légers, moyens ou graves, voire très graves, tels que les suivants : blessures diverses, coups d'épée, coup de feu, fractures, fractures comminutives et exposées, luxations, amputations, etc. etc. Ce fait, d'ailleurs, avait déjà frappé Ricord qui, non sans raison a pu dire : « Il ne faudrait pas se représenter le syphilitique comme une *oultre virulente* qu'il suffirait de piquer en un point pour en faire sortir un virus qui va corroder et ulcérer ce point. » La vérité donc, en l'espèce, est

dans une juste mesure qui peut, je crois, se traduire ainsi : Possibilité indéniable, pour une plaie quelconque affectant un sujet syphilitique, de subir l'influence de la diathèse et de dégénérer en une plaie syphilitique ; mais rareté de telles dégénérescences. »

On le voit, le problème est bien posé par Fournier, après avoir cité quelques faits, il donne son opinion qui est restée l'opinion classique en France.

L'opinion française représentée par Fournier et l'opinion allemande qui se dégage du travail de Stolper sont comparables. Cette opinion, à la lumière des nouveaux procédés d'investigation clinique et de l'expérience de la guerre, doit-elle être modifiée ?

CHAPITRE II

Les faits Cliniques

Nous ne retiendrons, pour les raisons que nous avons exposées déjà, que les cas observés depuis la guerre et que nous allons examiner dans l'ordre chronologique où ils ont été publiés.

I OBSERVATIONS DE H. TOUSSAINT

TOUSSAINT. — Réveil et localisation de la syphilis osseuse à la suite de coups de feu. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 11 février 1915, p. 477.

Réveil du microbisme latent, syphilitique et gonococcique au cours du traitement des plaies par armes à feu. *Sd.* 3 nov. 1915, p. 2.056.

L'auteur, qui a fait un long séjour en Algérie et y a vu, dit-il, fréquemment des exemples de réveil de la

syphilis par les traumatismes, surtout par les petits traumatismes, n'a pas manqué de rechercher l'infection syphilitique chez les blessés de guerre dont les plaies ne se cicatrisaient pas normalement malgré tous les soins voulus.

Il rapporte, dans ses deux communications sept observations. Mais, comme deux des observations de son premier travail sont répétées, presque textuellement dans le second, on ne peut retenir que cinq faits.

Examinons les.

1) Soldat M., âgé de 40 ans, est atteint d'un séton profond de l'avant-bras gauche au quart supérieur avec plaie au quart inférieur. La radioscopie montre une fracture double par coup de feu, reçu le 24 novembre et siégeant à la hauteur des deux plaies cutanées. Malgré l'immobilisation sous le plâtre et le drainage, la suppuration est intarissable ; c'est de la sérosité avec phagédénisme sans réaction inflammatoire des bords de ces solutions de continuité. La radiographie montre en outre un éclatement esquilleux aux deux extrémités du radius, avec, par places, raréfaction du tissu osseux. La réaction de Wassermann est positive. Le blessé déclare d'ailleurs avoir eu un chancre 17 ans auparavant.

Un traitement est institué par les injections intra-musculaires de biiodure de mercure et par l'iodure de potassium en ingestion. La suppuration des cals s'atténue. Une nouvelle radiographie est faite 17 jours après la première : « l'aspect cavernuleux, gruméleux des fragments du radius après la tournure d'un os qui se répare régulièrement, et par les orifices fistuleux qui se ferment, l'injection de sublimé au millième doit être poussée fortement par la seringue pour pénétrer ».

Cette observation à première vue est satisfaisante. Il paraît bien que le blessé a été atteint, secondairement à sa blessure, d'ostéomyélite gommeuse. Il était certainement syphilitique et le traitement d'épreuve, sans avoir amené une guérison complète, a du moins provoqué une rapide et considérable amélioration.

Malheureusement, on peut suivre l'observation dans la seconde communication de Toussaint. On y voit que, après trois mois de traitement mixte intensif, le suintement persiste encore, malgré l'extraction de parcelles osseuses qui se présentent dans le trajet fistuleux. Kirmisson voit alors le malade, dévide la fistule et fait un évidement osseux, enlevant les esquilles et curettant les fongosités.

Que devient le malade ?

Trois semaines environ après cette intervention, alors qu'il se plaignait depuis longtemps de céphalée, à la suite d'une chute sur la tête, il fait une « attaque nerveuse » qui se renouvelle le lendemain. « Le lendemain, sous le chloroforme, grande incision cruciale mettant le crâne à nu. On y trouve un orifice fistuleux et l'hémorragie, qui s'ensuit, exige le tamponnement à la gaze iodoformée. Mort 24 heures après, pas d'autopsie. »

Quand on examine l'observation dans son ensemble, il est difficile d'admettre que le malade, assurément syphilitique, ait fait, au niveau de sa fracture une lésion spécifique. Le traitement « intensif » qui paraissait avoir agi au début, n'empêche cependant pas la suppuration

et ne répare pas l'os puisque, au bout de trois mois, il faut faire une sérieuse intervention chirurgicale. Trois semaines après cette intervention, donc avant que la lésion du bras puisse être guérie, le malade meurt à la suite d'une nouvelle opération sur le crâne.

On ne peut être taxé d'exagération en disant que cette observation n'a pas de valeur, pour la question qui nous occupe.

2) Tirailleur algérien, âgé de 23 ans. Le 26 novembre une balle lui fracture le premier métacarpien gauche à sa partie moyenne. L'os est traversé d'arrière en avant. La suppuration persiste trois mois après, malgré le drainage et l'immobilisation dans un appareil plâtré. Le blessé présente en outre de l'arthro-synovite indolore des deux genoux, que l'auteur, malgré un écoulement gonococcique, rapporte à la syphilis. Il y a eu un chancre deux ans auparavant et le Wassermann est positif.

Même traitement que pour le malade précédent. La cicatrisation est rapidement obtenue. L'arthrite des genoux passe à la résolution.

Ce fait serait démonstratif si on ne le retrouvait dans la seconde communication, dans des termes identiques en ce qui concerne l'observation clinique, mais assez différent en ce qui concerne le traitement et l'interprétation. Dans la communication du 3 novembre, en effet, Toussaint attribue l'arthrite des genoux au réveil, par le trauma, non de la syphilis, mais de la blennorrhagie. En outre, il ne parle plus de traitement spécifique et il ajoute que ce malade, agité, est envoyé,

faute de local d'isolement, à l'hôpital Saint-Louis.

Il plane donc un doute sur la netteté des résultats obtenus par le traitement spécifique qui, seul, doit donner la preuve de la nature syphilitique des lésions.

3) Le troisième cas est bien antérieur à la guerre. Nous le retenons tout de même pour ne pas enlever sa physionomie au travail de Toussaint. Le voici, textuellement :

« Pour n'avoir pas eu l'intuition qu'une séquelle spécifique pouvait entrer en ligne de compte, un jeune maître, aujourd'hui professeur de clinique chirurgicale, avait déjà pris rendez-vous, en 1901, pour amputer au lieu d'élection la jambe d'un opéré de Maurice Perrin de sous-astragaliennne pour coup de feu reçu en 1870. La cicatrice du moignon, irritée par le frottement de l'appareil prothétique, était ulcérée et le col de l'astragale suppurait dans la profondeur. Mon emballement sur les anamnétiques me valut, d'abord, de recicatrifier intégralement ce bean moignon, et ensuite, d'éviter la mutilation proposée, le traitement d'épreuve ayant été accepté, comme planche de dérivation à l'amputation, parce que l'intéressé, m'avait assuré avoir, au cours de la campagne du Mexique, contracté un chancre induré ».

Cette observation paraît valable, bien qu'on puisse regretter qu'une description détaillée des lésions cutanées ne soit donnée. Elle tend à démontrer l'influence des petits traumatismes répétés sur la localisation de l'infection spécifique.

4) La quatrième observation est également antérieure à 1914; nous la reproduisons pour les mêmes raisons :

Un officier fait une chute de cheval et se fracture les deux os de la jambe. Fracture fermée, correctement réduite et maintenue dans un appareil plâtré. Au 80^e jour, la consolidation ne s'est pas faite et il existe une pseudarthrose. L'attention de l'auteur est attirée par l'albinisme du blessé qui présente en outre des dents d'Hutchinson. On peut de plus apprendre « l'hérédité bilatérale des parents et des grands-parents ».

Le traitement mixte amène rapidement un cal solide. Ce résultat est magnifique et même un peu surprenant car la pseudarthrose une fois instituée, il est de toute évidence difficile à un traitement purement médical de la consolider.

5) La cinquième observation est tellement confuse que, de crainte d'être accusé de la mal rapporter, nous la transcrivons textuellement :

« Un véritable athlète, âgé de 29 ans, est blessé à la face supéro-interne du tibia par un éclat d'obus en août 1914. Un fragment métallique avec plusieurs esquilles lenticulaires sont enlevés ; quelques-unes s'éliminent spontanément, et la plaie passe lentement à la cicatrisation. Cet homme reprend alors son service au dépôt du régiment. Là, son psychisme impulsif, défaillant et détraqué donne bientôt lieu à des remarques désobligeantes, à un rapport circonstancié, malheureusement cliniquement justifié :

« Atteint d'un chancre induré trois années auparavant, il ne s'en est soigné qu'en amateur.

Le Wassermann étant aujourd'hui franchement positif, on insiste sur une reprise vigoureuse immédiate de la médication spécifique. Et c'est alors qu'on constate que la cicatrice prétiibiale est encore suintante, et qu'elle est doublée

d'un tissu subinflammatoire avec œdème dur, non douloureux symptomatique de périostéomyélite larvée, gênant d'ailleurs la marche. La réhospitalisation a lieu pour assurer l'extraction de parcelles métalliques révélées par la radiographie. Bientôt la médication spécifique aidant, permet à l'opéré lui-même de se rendre compte de l'euphorie physique et morale, consécutive à l'opération que voulut bien faire M. Jalaguier. Et j'aime à croire que mes craintes d'un début de paralysie générale sont moins à envisager, maintenant que l'acte opératoire et le viatique médical se sont à temps donnés la main, et sont arrivés absolument à point pour conjurer le désastre médical ».

L'auteur donne-t-il son observation comme exemple de localisation de la syphilis au niveau de la plaie de guerre, ou comme exemple de l'influence du traumatisme sur l'éclosion de la paralysie générale ? Il faut avouer que, dans l'un comme dans l'autre cas, il est impossible de tirer la moindre conclusion de cette observation.

En résumé que reste-t-il des cinq observations de Toussaint ? On peut, croyons-nous, éliminer les trois qui concernent des blessés par armes à feu : le premier non seulement ne guérit pas par le traitement spécifique et l'opération chirurgicale, mais il meurt ; le second n'est pas suivi ; du troisième nous ne savons à peu près rien, sinon qu'il a des débris métalliques dans son genou, qu'on l'opère et qu'on le met à un traitement intensif. Que devient-il ? nous n'avons aucune précision.

Il reste donc deux observations. L'une paraît vala-

ble : c'est celle qui a trait à la guérison de lésions cutané-oso-seuses de la région du calcanéum consécutives à l'irritation causée, chez un syphilitique, par un appareil prothétique et guéries par le traitement spécifique.

Quant au malade atteint de fracture de jambe et consécutivement de pseudarthrose et qui, syphilitique héréditaire guérit par le traitement spécifique, il est presque trop démonstratif. Retenons-le cependant. Ce cas peut-être interprété comme une entrave à la formation du cal, du fait du terrain syphilitique.

Il est surprenant qu'un auteur, aussi averti et aussi persuadé de l'influence de la syphilis sur l'évolution des traumatismes, n'ait pu en rapporter, au cours de sa longue carrière, que cinq exemples dont trois sont passibles des plus graves critiques et dont les deux autres n'ont pas trait à des plaies de guerre.

Voici maintenant l'opinion d'un autre chirurgien.

II. OBSERVATIONS DE CHAPUT

CHAPUT. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*,
10 juillet 1916, p. 506.

Cet article est une véritable profession de foi qui est résumée dans ses premières lignes : « Malgré la fréquence extrême des syphilis diagnostiquées, nous méconnaissons cette maladie dans un nombre considérable de cas. J'ai l'habitude d'essayer le traitement spécifique pour toutes les tumeurs inopérables et quelquefois

pour celles qui sont opérables ; je l'essaie aussi pour les arthrites chroniques suppurées ou non et pour les ostéites et surtout pour toutes les plaies et ulcérations rebelles ». Le regretté chirurgien de Lariboisière donne ensuite sa pratique pour soigner les ulcères de jambes qui, à son avis, sont tous d'origine syphilitique ; il cite des cas d'ulcérations rebelles ou d'ostéites, d'épididymites ou même de tumeurs malignes d'aspect, guéris par le traitement spécifique. Dans un tel état d'esprit, rare chez un chirurgien, il ne pouvait manquer de rechercher la syphilis chez les blessés de guerre qu'il observa en grand nombre. Or, voici ce qu'il écrit à ce sujet :

« Toutes les fois que les plaies de guerre sont rebelles à la cicatrisation, j'essaie le pansement mercuriel même en l'absence d'antécédents et de signes objectifs, et le traitement m'a donné des résultats excellents dans un grand nombre de cas. Je citerai entre autres le sergent Lecl..., qui avait subi l'extirpation du calcanéum pour coup de feu ayant fracturé cet os et provoqué des hémorrhagies secondaires et dont la cicatrisation ne pouvait s'effectuer bien que la plaie fût devenue très petite ; il guérit en quelques jours par les applications mercurielles.

« Le nommé Lev..., qui eut le calcanéum et toutes les parties molles du talon emportés par un éclat d'obus, cicatrisa très lentement jusqu'au jour où j'employai les pansements mercuriels ; il en fut de même d'un blessé atteint de fracture sous-trochantérienne qui nécessita la résection de la hanche. La plaie n'arrivant pas à cicatriser je la pansai à l'onguent mercuriel qui procura une cicatrisation des plus rapides.

« Une femme atteinte de fracture bi-malléolaire avec plaie et arthrite purulente du coup-de-pied, fut d'abord traitée de son arthrite par le drainage filiforme. Quand l'arthrite fut éteinte je constatai que la plaie opératoire interne avait tendance à s'agrandir malgré l'absence d'infection ; j'essayai alors les pansements mercuriels et elle cicatrisa en quelques jours ».

En somme, quatre observations, trois de blessures de guerre, une de fracture compliquée. Les quatre malades, après opération, conservent des plaies opératoires dont la cicatrisation traîne et que des pansements mercuriels guérissent rapidement. Pas d'examen de sang, aucune note sur les antécédents, aucune allusion aux stigmates. Il reste donc, pour se convaincre de la nature syphilitique des plaies ou de l'infection générale de l'organisme par le tréponème créant un terrain défavorable à la cicatrisation, il reste donc, uniquement, l'épreuve du traitement.

Mais il n'y a eu qu'un traitement mercuriel local qui a pu agir comme antiseptique banal. On n'a pas en effet l'habitude de voir guérir rapidement des ulcérations syphilitiques uniquement par des applications mercurielles locales. Un véritable traitement d'épreuve doit être un traitement général, par voie buccale ou parentérale et on doit s'abstenir d'applications locales.

Les observations de Chaput sont donc passibles des plus graves critiques et elles ne paraissent pas devoir être retenues comme des faits scientifiquement observés. Le ton de l'article de Chaput est d'ailleurs celui d'une

« leçon clinique » non préparée et recueillie à l'hôpital. Nous ne pouvons en retirer que l'opinion du remarquable clinicien qu'était Chaput, opinion favorable à la réalité et même à la fréquence des « syphilis traumatiques » en donnant, semble-t-il à ce terme le sens de : influence empêchante du terrain syphilitique sur la cicatrisation des plaies.

OBSERVATION DE LÉVY ET GÉLY

LÉVY ET GÉLY. — *Bulletins de la Société Méd. des Hôp. de Paris.*
8 juin 1917, page 771

Le 12 avril 1917, X fait une chute d'avion sur l'épaule. Contusion du moignon de l'épaule et de la région claviculaire, sans plaie ni fracture (Radioscopie). Vers le 30 avril, tuméfaction de la région claviculaire. Examen le 4 mai : « On note à ce moment, à l'union des tiers externe et moyen de la clavicule droite et au niveau du bord inférieur de cet os, une tuméfaction du volume d'une noix, à base indurée non adhérente (?), à centre acuminé rouge sombre, seul point en voie de ramollissement. Cette tuméfaction un peu douloureuse, d'allure sournoise, évoque *à priori* la physionomie à évolution subaiguë.

Le lendemain, 5 mai, la peau a cédé sur une surface d'un centimètre carré. L'ulcération ovalaire, à grand axe perpendiculaire à la clavicule, présente des bords atones, légèrement déchiquetés et peu adhérents aux tissus sous-jacents. Le fond de l'ulcération offre un aspect purée de pois. Il n'y a pas de pus, mais sous les bords de l'ulcération, un léger suintement. La base de la tumeur garde sa consistance dure,

« Dans ces conditions, l'idée d'une gomme ulcérée se présentait à l'esprit. Elle devenait d'autant plus plausible qu'en janvier 1914, X... a eu un chancre de la verge. Il est vrai que ce chancre, observé par plusieurs médecins, n'aurait pas été considéré comme de nature syphilitique. Aucun traitement spécifique ne fut suivi et l'absence de tout phénomène cutané-muqueux, de céphalée, de douleurs ostéocopes, bref, des accidents de la période secondaire, semblait devoir confirmer la véracité du diagnostic initial.

« Notre ami, M. Rousseau, a bien voulu faire dans le produit de râclage, la recherche du tréponème. Par la coloration à l'encre de chine, celle-ci a donné un résultat franchement positif et révélé l'existence de spirochètes de Schaudin nombreux et confluent par endroits.

« Une nouvelle radioscopie a permis d'affirmer l'intégrité des parties osseuses et notamment de la clavicule ; elle montrait, en outre, le bon état du poumon sous-jacent.

« Le malade fut soumis, dès le 6 mai, au traitement mercuriel (d'iodure en injections) et ioduré. Celui-ci fit merveille. En quelques jours, la gomme fondit littéralement, des bourgeons de cicatrisations apparurent ; le 17 mai, l'ulcère était comblé et la cicatrisation parachevée.

« Ajoutons, pour être complets, que la réaction de Wassermann... s'est montrée négative. Il est à remarquer que cette réaction ne put être recherchée qu'un peu tardivement, sur du sang prélevé après cinq jours de traitement intensif. Il n'y a rien d'étonnant à ce que, dans ces conditions, elle n'ait pas corroboré les données concordantes de la clinique et du laboratoire ».

Qu'y a-t-il, dans cette observation, pour affirmer le diagnostic de gomme syphilitique ? La présence de

tréponèmes et les résultats du traitement. Rien à dire sur la guérison par le mercure et l'iode. Elle est rapide, à la rigueur une gomme mycosique serait admissible et le traitement ioduré est une mauvaise pierre de touche. Cependant, il n'est pas habituel de voir guérir une ulcération gommeuse mycosique en onze jours.

Mais la présence d'une telle quantité de tréponèmes dans une gomme est faite pour étonner. Le moins qu'on puisse dire est que ce résultat est inhabituel. Sans doute on peut, avec beaucoup de patience, trouver de rares tréponèmes dans le produit de vidage des parois des gommes. Mais jamais on n'a entendu parler d'une pareille abondance de parasites et cette constatation fait planer un doute sur cette observation. Si, en outre, on réfléchit que le chancre initial a été considéré par plusieurs médecins comme un chancre simple et qu'il n'a été suivi d'aucune manifestation secondaire ou tertiaire ; si on rappelle que la réaction de Wassermann était négative, on ne peut s'empêcher de penser que peut-être les auteurs ont eu affaire à un abcès simple qui a guéri normalement après s'être vidé.

III. OBSERVATIONS DE LACAPÈRE ET LAURENT

J. LACAPÈRE et LAURENT. — Influence du traumatisme sur les localisations de la syphilis. Le front des Islamistes. *Paris Médical*. VIII, 1918, p. 94 (6 fig.).

Lacapère et Laurent ont fait une étude très complète, très scientifique de l'évolution de la syphilis chez

les arabes, au cours d'un long séjour fait au Maroc pendant la guerre. Leur opinion au sujet de l'influence du traumatisme sur la localisation des manifestations syphilitiques tertiaires est nette. Cette influence est, pour eux, évidente, et voici leurs arguments.

L'indigène n'est presque jamais atteint de varices ; or les gommes des jambes sont deux fois plus fréquentes chez eux que chez les Européens. La seule explication possible se trouve dans les traumatismes répétés auxquels leurs membres inférieurs sont exposés.

Aux membres et aux mains, on observe quelque fois chez l'indigène, des gommes symétriques. Déjà signalées chez l'Européen, par Fournier, par Hallopeau, les gommes symétriques ont été attribuées par ce dernier auteur, à des troubles d'innervation trophique. Lacapère pense que le fait s'explique plus simplement par les irritations, les traumatismes, les tiraillements qui agissent, d'une façon symétrique, sur les membres ou sur les mains.

Beaucoup plus curieuses sont les gommes médio-frontales des marocains. Lacapère en a observé 29 cas au seul dispensaire de Fez.

On sait que les Islamistes font leur prière rituelle cinq fois par jour et qu'ils doivent, pendant la moitié du temps que dure leur prière, garder le front appuyé contre le sol ou la natte de la mosquée. Il se forme une réaction inflammatoire, d'abord légère, qui s'accroît peu à peu et qui laisse, au bout de quelques années une tache pigmentée située sur la ligne médiane du front,

à quelques centimètres au-dessous de la ligne d'implantation des cheveux. La peau, à ce niveau, est épaissie, rugueuse, parfois couverte de duvet. Il peut même se développer des bourses séreuses ou de petits kystes séreux. Les adultes seuls présentent cette lésion, qui ne se développe qu'à la suite de traumatismes longuement répétés. Les femmes, protégées par le voile et d'ailleurs rarement admises à la mosquée, restent indemnes.

Chez les individus syphilitiques, il se développe souvent, à la faveur de l'irritation de la peau et du périoste, des gommes qui évoluent comme une gomme banale en passant par les périodes de crudité, de ramollissement et d'ulcération. La périoste est le siège d'une infiltration plus ou moins étendue et l'os sous-jacent participe à l'inflammation, sans que pourtant sa perforation ait été observée. Ces gommes, même ulcérées, guérissent facilement dès qu'elles sont soustraites au traumatisme. Elles laissent une cicatrice médio-frontale qui devient un véritable stigmate de syphilis pour un œil averti.

Les observations de Lacapère et Laurent au nombre de 29, semblent très démonstratives. Elles tendent à préciser l'influence des petits traumatismes répétés sur un même point sur la localisation des manifestations tertiaires chez les syphilitiques.

V. OBSERVATIONS DE LAPOINTE ET MARBAIS

LAPOLNTE ET MARBAIS. — Blessures de guerre graves à flore microbienne multiple et dégénérescence syphilitique du foie
Comptes rendus Soc. de Biol. LXXXI, 1908, p. 1.111.

Ces deux auteurs rapportent deux cas identiques de soldats présentant des plaies en cul-de-sac, par éclat d'obus, d'aspect grisâtre à la région externe du genou gauche. Les plaies des deux blessés étaient profondément infectées par des espèces microbiennes très variées. L'un des deux présentait de la septicémie streptococcique. Le foie était très gros et sensible à la pression. La réaction de Hecht était positive. Les interventions chirurgicales sont restées sans efficacité tant que le foie se trouvait hypertrophié et douloureux. C'est alors que Lapointe et Marbais soumettent leur malade au traitement arsénical par le 914, traitement qui ramène le foie à la normale. A partir de ce moment, le pronostic change : l'infection générale disparaît, l'état général s'améliore et les plaies se cicatrisent rapidement et spontanément.

Les auteurs concluent qu'en cas de plaies graves ou de septicémies dues au streptocoque, il serait utile de pratiquer toujours la réaction de Hecht, lorsque celle de Wassermann est trouvée négative, et d'appliquer d'urgence le traitement arsénical si la réaction est positive et si le foie est gros et douloureux.

Sans suivre les auteurs dans leur interprétation au sujet de la relation entre le retour du foie à l'état normal et la cicatrisation des plaies, on peut admettre que le traitement arsénical a favorisé la cicatrisation de

plaies banales chez des syphilitiques dont l'infection était démontrée par la réaction de Hecht et par le retour du foie à l'état normal sous l'influence de la médication spécifique.

Les deux observations de Lapointe et Marbais semblent donc devoir être retenues. Mais il n'est pas possible de dire que les plaies s'étaient transformées en ulcérations syphilitiques. Il s'agissait plutôt d'un empêchement — du fait du terrain syphilitique — de la cicatrisation des plaies infectées par les microbes de la suppuration.

VI. OBSERVATIONS DE GOUGEROT ET CLARA

GOUGEROT ET CLARA. — Syphilis post-traumatique. *Journal médical français*, VII, 1918, p. 216-222. (6 fig.)

GOUGEROT. — Syphilides gommeuses ulcérées consécutives à des injections médicamenteuses. Contribution à l'étude des syphilis post-traumatiques. *Annales des maladies vénériennes* XVIII, 1923, p. 784.

Les auteurs sont persuadés de l'influence du traumatisme sur le réveil et la localisation de la syphilis, acquise ou héréditaire. Dans le premier travail ils rapportent onze observations qui, quoique résumées, sont prises avec la précision qui caractérise des syphiligraphes de profession. On peut donc apporter une grande importance aux faits de Gougerot et Clara et ce sont eux en grande partie, qui nous permettent de juger la question de l'influence de la syphilis sur l'évolution des

plaies ou, si l'on préfère, l'influence des *plaies* sur les localisations spécifiques.

1) Le numéro 6126, classe 1909, est blessé le 26 décembre 1917 à la jambe en tombant d'une échelle. La peau est entamée, contuse et s'ulcère. Le 12 janvier 1918, on voit deux larges ulcérations circonscrites à fond bourgeonnant sur la face antéro-externe de la jambe gauche. Le traitement arsénical, mercuriel et ioduré amène la guérison en 33 jours. Wassermann négatif.

On peut regretter qu'on n'ait pas noté les antécédents. Néanmoins l'aspect des lésions et le résultat du traitement sont démonstratifs.

2) Le numéro 2279 est blessé d'une balle le 24 octobre 1914 au tiers inférieur de la jambe gauche. Il traîne d'hôpital en hôpital avec les diagnostics d'ostéite, d'ulcère variqueux, d'ulcère trophique, etc. Il est même suspecté de simulation. On essaye, sans résultat, les traitements locaux les plus variés et on pratique même l'excrèse de la lésion, suivie de suture, mais l'infection oblige à refaire les sutures et la lésion se reproduit.

Gougerot vit ce blessé en septembre 1916 et, portant le diagnostic de syphilis d'après la forme de l'ulcération, il conseille d'essayer le mercure et l'iode : en 18 jours la lésion qui traînait depuis 23 mois est cicatrisée. Le 17 octobre le malade est envoyé en convalescence. Fin décembre, il revient avec une cicatrice parfaite, simple.

Ce cas, malgré l'absence d'anamnestiques et la négativité de la réaction est démonstratif. Comme dans le premier, il s'agit « d'ulcérations gommeuses dermo-hypodermiques tertiaires sans bourbillon. »

3) Le n° 5317 est contusionné au genou par un éclat de grenade le 15 septembre 1917 sans plaie cutanée. La lésion se développe immédiatement et évolue rapidement. Le 24 octobre 1917, on vit à la face interne du genou une gomme typique sous-cutanée profonde donnant une ulcération ovulaire de 80^{mm} sur 60^{mm} de diamètre et remplie d'un énorme bourbillon. Le traitement arsénical et ioduré amène la guérison, mais lentement, en 63 jours, en raison de l'étendue de la perte de substance. Wassermann négatif. Les antécédents ne sont pas notés.

4) Le n° 3336 est blessé le 4 mars 1915 par éclat d'obus à la partie supérieure de l'occiput, à droite. La cicatrisation était terminée en juillet 1916. Mais 15 jours plus tard des « boutous » apparurent. Gougerot et Clara notent, le 22 mars 1917, au-dessous d'une cicatrice du tégument de la partie supérieure de l'occiput, une large syphilide dérmique ulcéreuse circonscrite à fond végétant de 75^{mm} $\times$ 40^{mm}. Guérison en 12 jours par des injections de galyl. Les lésions duraient depuis deux ans et avaient résisté à un traitement mercuriel insuffisant il est vrai : 12 injections d'un sel soluble. Wassermann positif.

Cette observation est tout à fait démonstrative. Il aurait été désirable que les auteurs nous disent si l'os a été atteint. On peut cependant le supposer car ils parlent d'une lésion de « l'occiput » et non de la région occipitale. Nous signalons ce fait en passant car il nous permettra d'étayer une explication pathogénique de certains cas de syphilis traumatique.

5) M... est blessé le 22 Mars 1915 par éclat d'obus au mollet. On extrait l'éclat le 20 septembre 1915, après production

d'un abcès. La plaie se cicatrise en six semaines. Mais elle s'ouvre de nouveau en décembre 1915 et persiste en creusant. Le 19 mars 1916, on voit au milieu de la cicatrice verticale de l'incision chirurgicale, une ulcération gommeuse typique de 35^{mm}, remplie de son bourbillon qui provient des muscles sous-jacents. Guérison en un mois. Wassermann négatif.

6) Le n° 4929 se blesse en se heurtant la tête dans un abr au début d'avril 1917. En un mois, survient une « tumeur » qui s'ouvre spontanément et qu'on débride au bistouri. Au début de juillet 1917, la cicatrisation est presque complète, mais bientôt, la lésion se reforme progressivement. Le 20 septembre 1917, on voit sur le sommet du crâne une large gomme des os du crâne avec infiltrat, se vidant par deux ulcérations gommeuses de 14^{mm} et de 9^{mm} de diamètre. Ces ulcérations sont des ulcères gommeux typiques et le plus grand a un contour bicyclique.

Le traitement mercuriel ioduré et arsenical amène la guérison presque complète en 25 jours, mais il reste deux petites fistules d'ostéomyélite avec émission de séquestres minuscules qui demandent encore une quinzaine de jours de traitement local pour se fermer. Wassermann positif.

Remarquons que les lésions osseuses sont ici expressément notées.

7) Le n° 9279 reçoit le 17 juin 1916 un coup de crosse au thorax. Il a une large ecchymose et il souffre de vives douleurs lors de la toux et des mouvements, ce qui rend probable une fracture de côtes. Dix jours après, apparaît une tuméfaction sous-cutanée qui grossit lentement et s'ulcère. Elle repose sur une tuméfaction locale qui s'abcède à son tour, presque sans douleur. Trois interventions chirurgicales sans résultat. Toux, fièvre, hémoptysie.

Le malade, prisonnier en Allemagne, est rapatrié comme tuberculeux.

Le 17 août, lors de notre premier examen, on voit sur la face antérieure du thorax, depuis le sternum jusqu'à la ligne axillaire antérieure droite, une cicatrice irrégulière, déprimée, rouge violacée, avec cinq ulcérations croûteuses, ouvertures fistuleuses des lésions profondes costales ; les côtes sont tuméfiées, empâtées, douloureuses : ce sont surtout les cinquième et sixième côtes qui semblent atteintes et le point traumatisé correspond au milieu de la lésion actuelle. La peau, infiltrée, adhère aux plans profonds ; l'ensemble de cette lésion cutanée est indolent.

« A gauche, à la partie antérieure de la cinquième côte et de son cartilage costal, on sent une tuméfaction diffuse de toute la région s'étendant sur une petite paume, la peau est tachetée de petites macules livides violacées sans contours nets. Au toucher la tuméfaction s'étend, centrée par la cinquième côte, et, de l'extrémité de la cinquième côte, se diffuse surtout vers le bas et en dehors : toute cette région est très douloureuse à l'inspiration, à la toux et à la moindre pression, cette douleur s'étendant très loin vers la ligne axillaire.

« Il existe d'assez nombreux ganglions axillaires dans les faces internes des deux aisselles. Pas de ganglions ailleurs.

« Il tousse, crache et a souvent de petites hémoptysies avec poussées fébriles et foyers congestifs dans le poumon droit. L'examen thoracique fait en dehors de ces poussées montre : — aux deux bases submatité et affaiblissement des vibrations respiratoires, respiration faible et lointaine, bronchophonie ; — au sommet droit, submatité, respiration soufflante, expiration prolongée, frottements au sommet

gauche, submatité ; — respiration rude et granuleuse, À la radiographie, M. Ledoux Lebard constate, le 24 août 1918, les lésions suivantes : « Le poumon droit dans toute sa hauteur présente des ombres d'aspect moucheté indiquant des lésions du parenchyme pulmonaire en évolution ; fracture de l'extrémité antérieure des cinquième, sixième et septième côtes avec ostéite probable des extrémités fracturées. Le poumon gauche paraît normal. »

« L'état général est mauvais : état subfébrile à 37°-38°, amaigrissement, fatigue, etc.

« Il n'a pas d'antécédents personnels, ni de tuberculose, ni de maladies vénériennes ; mais sa mère j'est morte tuberculeuse. Tout semble bien donc prouver la tuberculose et avant d'entrer dans notre service il est proposé pour un sanatorium.

« Or l'examen complet montre que les fistules costales sont des ulcérations arrondies à bords curvilignes, que la tuméfaction costale, à droite et à gauche, est dure, non fongueuse, diffuse, et surtout nous découvrons sur la partie droite du front une syphilide serpigineuse presque cicatrisée, pigmentée avec quelques papules en voie d'effacement ; le frontal est légèrement épaissi, la lésion est à peine visible, mais nette et aussitôt nous nous demandons si cet ensemble ne correspond pas à une syphilis méconnue, pulmonaire et costale : l'examen du serum montre quelques jours après une réaction fortement positive et le traitement mercuriel et arsénical, en 17 jours, du 9 au 26 septembre, guérit la syphilide du front, cicatrise les fistules costales, diminue les tuméfactions osseuses costales et frontales (mais laissant des hyperostoses) et fait disparaître les troubles pulmonaires : l'auscultation ne montra plus que de l'affaiblissement respiratoire par sclérose et diminution du champ respiratoire ; le malade

engraisse et reprend bonne mine, il sort, pratiquement guéri le 9 novembre 1918 ».

Nous avons cité en entier cette remarquable observation à laquelle il ne manque rien. Nous nous bornons à remarquer encore l'existence de lésions osseuses.

8) Le n° 4884, sans antécédents blennorhagiques ou syphilitiques, est enseveli le 25 septembre 1915. A la suite de ce traumatisme se développe un rétrécissement urétral qui résiste au traitement habituel et notamment à 4 urétrotomies internes. On fait une urétrotomie externe le 2 juillet 1920. La plaie opératoire ne se ferme pas complètement, puis s'agrandit et fait place à un « ulcère cutané gommeux typique ». L'ulcération de 36 mm. à bords curvilignes, à pic, épais de 5 à 6 mm., rouges, cuivrés, adhérents, à fond creux, bourgeonnant, rouge, avec parcelles d'enduits bourbillonneux. Guérison en 29 jours par la seule piqure de bifodure. Wassermann négatif. Plus tard le malade fait une adénite tuberculeuse.

Cette observation est moins typique que la précédente. Les rétrécissements syphilitiques de l'urètre sont exceptionnels. Il n'y a pas d'antécédents. La réaction de Wassermann est positive. La guérison seule par le bi-iodure et l'aspect de la lésion doivent être retenus. La guérison en un mois, d'une plaie banale, par de bons pansements locaux, peut être obtenue. Quant à l'aspect de la gomme il n'est pas absolument caractéristique pour affirmer l'origine syphilitique, ceci dit d'une façon générale. D'ailleurs ce cas sort du cadre de notre travail.

7) Le n° 740 est blessé le 20 avril 1917 par éclat d'obus à la jambe gauche avec fracture du tibia. Cicatrisation le 1^{er} janvier 1918; plus d'un an après la blessure, la cicatrice s'ulcère. Le 16 mai, on voit, à la partie inférieure de la large cicatrice adhérente au tibia, une ulcération à bords curvilignes « tricycliques », entaillés à pic, à fond bourgeonnant, de couleur chair musculaire, suppurant légèrement. Pas d'antécédents connus. Wassermann positif. Guérison en 5 semaines par le traitement arsénical, mercuriel et ioduré.

En novembre 1918, nouvelle poussée d'ostéite tibiale.

Dans ce cas, qui paraît à l'abri de toute critique, l'ulcération s'est développée sur une cicatrice adhérente à l'os. Celui-ci était certainement atteint de lésions syphilitiques : la preuve en est donnée par le développement postérieur d'une ostéite.

10) Le n° 4537 est blessé le 7 octobre 1916 par éclat d'obus à la face externe du genou gauche. Cicatrisation normale. A la fin d'octobre 1916, tuméfaction, à peine douloureuse, au tiers supérieur de la face externe de la cuisse du même côté mais au dessus de la cicatrice. Cette tuméfaction grossit lentement, s'abcède et s'ulcère le 21 juillet 1918.

Le 11 août 1917 s'est formée une ulcération large à bords violacés, tricycliques, taillés à pic, à fond creux, bourgeonnant, rouge, tacheté d'enduits bourbillonneux, suppurant et indolent. Wassermann négatif.

Il manque à cette observation : les antécédents, l'épreuve du traitement, la séro-réaction positive. En outre la gomme syphilitique se développe assez loin du point traumatisé.

Gougerot est revenu sur la question à propos de deux cas de lésions gommeuses ulcéreuses succédant à des injections médicamenteuses.

11) Un malade syphilitique depuis plusieurs années, se fait lui-même trois injections de benzoate de mercure au niveau desquelles apparaissent trois nodules qui s'ulcèrent en deux ou trois semaines. Gougerot vit le malade cinq mois après. Les ulcérations ont l'aspect de gommages ulcérées. Il pense cependant qu'il s'agit de nécroses mercurielles mais, ayant fait des injections intra veineuses de 914, il sort guéri des ulcérations au bout de trois injections.

12) Le second malade est moins démonstratif. A la suite d'injections de morphine il se développe des abcès que Gougerot ne voit pas et qui font place peu à peu aux lésions observées, 7 ans après, par l'auteur. Il existe sur la cuisse « un mélange de cicatrices gaufrées de 8 à 15^{mm}, isolées ou confluentes, nombreuses, descendant jusqu'au genou, remontant presque à l'aîne et sur cet archipel de cicatrices apparaît à la face externe de la cuisse, une large syphilide serpigineuse, gommeuse, longue de 14 cm, haute de 7 cm environ, parsemée de sept larges ulcérations de 12 à 20^{mm}, gommeuses, caractéristiques accompagnées d'une dizaine d'ulcérations plus petites... ». Wassermann positif. Guérison en 15 jours, par le 914, de ces lésions qui duraient depuis 7 ans.

Ces deux observations sont à rapprocher d'observations analogues de Mibelli qui vit se développer de multiples gommages syphilitiques aux fesses, où avaient été pratiquées des injections de calomel ; de Julinsberg, de Kulisch, de Werner qui observèrent des faits analogues

consécutifs à des injections hypodermiques de salicylate ou de limolacétate de mercure. pratiquées peu de temps auparavant ; de Fournier qui rapporta deux cas de gommès profondes, ulcérées, au niveau même où avaient été pratiquées deux injections de sulfate de quinine ; de Schmidt qui observa une tumeur gommeuse d'une fesse, à la suite d'une chute sur cette fesse et à l'endroit où dix ans auparavant avait été faite une injection mercurielle.

Pasini rapporte longuement trois cas :

Dans le premier cas, on vit se développer un nombre extraordinaire, 63, de gommès, les unes crues, les autres ulcérées, en des points qui avaient été le siège d'injections répétées de morphine, chez une femme encore jeune mais émaciée et syphilitique depuis 7 ans.

Dans le second cas, apparut une gomme syphilitique chez un homme d'âge moyen, syphilitique depuis 6 ans, gomme siégeant à la fesse où avaient été faites, 4 à 9 années auparavant, des injections de calomel.

Dans le troisième cas, se forment, à la fesse droite, neuf gommès syphilitiques chez une jeune femme, syphilitique depuis 8 ans, aux endroits mêmes où avaient été faites neuf injections de calomel et de salicylate Hg au cours de la première année de l'infection. Il est à noter que les lésions gommeuses furent limitées à la fesse droite, la seule où il avait été possible de pratiquer les injections.

OBSERVATIONS DE VIGNOLO-LUTATI

VIGNOLO-LUTATI. — Syphilis latente et traumatisme de guerre.

Il policlinico, février 1918 p. 149-153

1) Un jeune officier de 28 ans avait reçu de nombreuses blessures en diverses régions du corps. Une de ces blessures, bien que n'ayant pas d'abord présenté de particulière gravité et se limitant aux parties molles, prend, au lieu de se réparer, un aspect spécial : ses bords s'indurent notablement, deviennent rouges violacés et par points bosselés. Dans le voisinage immédiat de ces bords se développent consécutivement trois élevures dures, roses qui, une fois atteint le volume d'une fève, se transforment à leur tour en ulcérations nettement arrondies et indolentes. Le fond de l'ulcération est grisâtre et luisant. Les bosselures des bords se transforment à leur tour en une série de petites ulcérations arrondies.

Le malade avait contracté la syphilis à l'âge de 22 ans et s'en était soigné irrégulièrement. Le Wassermann était fortement positif. La guérison est obtenue « assez rapidement » à la suite d'un traitement « à base d'injections de calomel. »

2) Une femme de 40 ans, syphilitique depuis l'âge de 18 ans, se fait, en tombant, de multiples contusions aux jambes, aux bras et au dos. Quatre mois après, se développe, au niveau d'une des parties contuses de la jambe droite, une tuméfaction qui peu à peu grandit et se transforme en une vaste ulcération gommeuse. Wassermann positif.

On pratique, au bras gauche, une inoculation avec du matériel prélevé dans un chancre. Cette inoculation est suivie d'une lésion qui présente l'aspect d'une gomme ulcérée.

VII. OBSERVATIONS DE RAILLIET

RAILLIET. — Influence des petits traumatismes professionnels sur les localisations de la syphilis. *Bull. soc. Méd. des Hôpitaux*, XLIII, 1919, p. 677.

1) Un boulanger, âgé de 36 ans, et présentant au Wassermann positif, voit se développer sur son avant-bras gauche des lésions tuberculo-croûteuses serpigineuses qui guérissent facilement par des injections de biiodure hg. Or, cet homme avait l'habitude de racler avec le coupe-pâte l'excédent de pâte dont ses avant-bras étaient enduits ; il s'écorchait ainsi fréquemment sa lésion.

Cette lésion avait débuté par une papule circonécée. Ici, le rôle du traumatisme a-t-il déterminé l'apparition de la manifestation syphilitique ou bien n'a-t-il fait que disséminer une lésion spontanée ? Nous serions plutôt disposé à admettre la seconde hypothèse. Le bras droit, râclé lui aussi, ne présente en effet aucune lésion.

2) « Un conducteur d'artillerie présente en septembre 1916 une tuméfaction indolente au tiers supérieur des tibias. Il est évacué pour « exostoses ». Après ainsi reçu 12 injections intra-fessières, il sort guéri au bout de 20 jours. Mais, peu après les lésions récidivent. Montant à cheval chaque jour, il incrimine le heurt continu des bricoles au point malade. Depuis 3 mois, la tuméfaction s'est accrue de part et d'autre et la peau s'est ulcérée. L'aspect des lésions, leur indolence, l'épaississement du squelette sous-jacent, que la radioscopie permet d'attribuer au seul périoste, et une volumineuse hydarthrose du genou, tout contribue à faire admettre la syphilis »,

En somme, il s'agit d'une ulcération gommeuse développée au point où agissent les traumatismes répétés et relativement légers. Notons qu'il existe des lésions osseuses en regard des lésions cutanées.

VIII. OBSERVATION DE MILIAN

MILIAN. — Syphilis et accidents du travail. *Progrès médical*, 1908, p. 481.

MILIAN. — *Bull. Soc. fr. de Dermatol. et de syphil.* 13 mars 1908, p. 61.

Dans le 1^{er} cas, il s'agissait d'une affaire d'expertise qui m'avait été confiée par le juge du paix du XVI^e arrondissement, à la date du 5 septembre 1907.

J. . . 48 ans, charretier, raconte qu'en déchargeant une voiture de boiserie, provenant de démolitions, une pointe rouillée le piqua à la jambe, à travers son pantalon. La jambe enfla le même jour. Le surlendemain, le médecin de la compagnie d'assurances qualifie la plaie d'anthrax et conteste même que la plaie ait pu être produite par le traumatisme. Le malade va se confier à un autre médecin.

Or, à la date du 5 septembre 1907, c'est-à-dire 2 mois 1/2 après l'accident, la plaie n'est pas encore cicatrisée, et J. . . , prétend qu'il ne peut reprendre son travail et a, par suite droit, ce temps durant, au paiement de son demi-salaire. C'est là l'objet du procès en justice de paix, car la compagnie refuse de reconnaître l'origine traumatique de la plaie.

À l'examen, l'auteur constate à la face antérieure de la jambe gauche, à un travers de main au-dessous de la pointe

de la rotule, une plaie en forme de C à concavité inférieure, mesurant environ 6 centimètres de contour et 1 cent. de hauteur. C'est l'aspect typique d'une gomme syphilitique en réparation.

Il recherche la syphilis chez le malade, et le trouve en même temps porteur d'une syphilide ulcéreuse de la langue, d'une syphilide papulo-tuberculeuse de la paupière supérieure gauche, d'une syphilide tuberculeuse en coup de plomb sur le côté du thorax, d'une autre dans le dos, tous accidents dont il avait d'ailleurs négligé d'avertir son médecin traitant.

Cet homme a en outre, des douleurs ostéocopes ; il est donc en pleine syphilis active et l'accident actuel de la jambe n'est qu'une épisode de l'éruption générale. J., avoue avoir eu un chancre syphilitique douze ans auparavant.

Dans le second cas, il s'agit encore d'une syphilis méconnue, mais observée, non plus comme expert, mais à l'hôpital.

Un nommé J..., âgé de 20 ans, receveur d'omnibus, entre à l'hôpital St-Louis, salle Bazin, le 4 août 1908. Il raconte que, le 16 mars, un tramway rencontra la roue arrière de son autobus et lui cassa l'essieu. Pendant qu'on dégagait les voitures, lui-même s'occupa à relever la roue cassée qui pesait, dit-il, 380 kilos (?). Malheureusement, il fut entraîné par le poids de cette roue pendant qu'il la portait, et tomba assis sur le trottoir pendant que la roue lui glissait du genou sur la jambe droite et serrait celle-ci contre le trottoir.

Quand on l'eut dégagé, on constata au milieu de la jambe une plaie d'environ 4 cm. de diamètre et un décollement des chairs sur une longueur de 8 à 10 centimètres.

Le lendemain à Lariboisière, on nettoie la plaie souillée, on déterge les débris de tissus sphacelés, etc, 12 jours après,

le malade sort de l'hôpital, puis vient s'y faire panser régulièrement. Il reprend son travail vers le milieu d'avril comme conducteur.

Vers le milieu du mois de mai, il est obligé d'interrompre à nouveau son travail, car la station debout occasionne chez lui des douleurs très vives dans la jambe traumatisée. La plaie n'est pas d'ailleurs encore cicatrisée. Il entre à nouveau à Lariboisière, d'où, le 4 août, on l'envoie à l'hôpital St-Louis, en pensant qu'il y avait quelque chose d'anormal dans l'évolution de cette plaie incicatrisable.

L'auteur voit à la face interne de la jambe droite, au devant du tibia, une plaie ovulaire de 5 cm. de hauteur sur 3 de large environ, à fond rouge, bourgeonnant, à bords à peine accentués, qui ne présentent pas de caractères syphilitiques très accusés, à part sa régularité. Mais d'autre part, il existe tout alentour un certain degré d'empâtement et surtout un élargissement énorme du tibia, d'au moins moitié. Cet empâtement et cet élargissement de l'os sont très douloureux à la pression. Et bien mieux, caractère absolument capital, l'os présente des douleurs *spontanées*, très vives, même au repos et se produisant surtout la nuit.

Il n'y a là aucun doute sur la nature syphilitique de la lésion. Une périostite traumatique ne saurait être mise en question, en présence de douleurs *nocturnes* et *spontanées* si violentes et d'une pareille hyperostose.

Le malade avoue d'ailleurs avoir eu une écorchure à la verge 3 ans auparavant, mais il dit n'avoir jamais présenté d'accidents consécutifs.

On le mit au traitement mercuriel par des piqûres tri-hebdomadaires de 2 cent. de biiodure de mercure, et la prise quotidienne de 2 pilules de Dupuytreu et de 3 gr. d'iode de

potassium, et très rapidement, la plaie s'améliorait, en même temps que le périostose diminuait.

En pareil cas, le rapport entre la syphilis et l'accident ne paraît pas niabile.

A la séance ds 13 mars 1919, Milian revient sur la question. Cette fois il rapporte l'observation d'un homme hémiplégique et syphilitique qui fait une chute sur la tête, au niveau du pariétal droit. Il en résulte une petite plaie qui reste stationnaire durant des mois et qui, à la suite d'un traitement mercuriel insuffisant, prend « tout à coup une extension considérable et la forme d'une vaste ulcération en couronne polycyclique occupant la totalité du côté droit du cuir chevelu. » Wassermann positif. Cette ulcération guérit avec vingt injections quotidiennes de 0,015 de cyanure Hg.

Des trois observations de Milian, les deux dernières paraissent indiscutables. Nous écarterons la première, car nous ne voulons retenir que les cas tout à fait nets et, dans l'espèce, il y a matière à interprétation à cause de la multiplicité des lésions siégeant simultanément sur des territoires fort éloignés du point traumatisé.

IX. OBSERVATIONS DE GOUBEAU

GOUBEAU. — Traumatisme et syphilis. *Bull. Soc. de méd. de Paris*, 1919-1920, p. 332.

Goubeau est persuadé de la fréquence de la syphilis traumatique. Il n'apporte cependant, après un préambule d'ordre général, que deux observations :

« I. — M. R..., 62 ans, diabétique, est heurté par un taxi dont le garde-boue l'atteint à la partie supérieure du tibia gauche. Le lendemain, apparition d'une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon, tuméfaction qui atteint, deux jours plus tard, le volume d'un œuf de poule naine. On pense à un hématome : une ponction donne à peine issue à quelques gouttes de sang sans qu'il soit possible de vider la poche ; 5 semaines se passent, la tumeur ne diminue ni n'augmente malgré massage et pansements humides. Le malade souffre beaucoup surtout la nuit. La peau devient d'un rouge lie de vin. On se décide, malgré le diabète, à pratiquer une incision : on ne trouve ni caillots de sang, ni liquide mais un infiltrat épais, jaune grisâtre ayant l'aspect de la chair de morue : ce qui fait penser à la syphilis. Interrogé, M. R. nie énergiquement et se refuse à une réaction de B. W. Pourtant deux escharres jaune noirâtre, avec foud bourbillonneux se forment. Appelé en consultation, mon diagnostic, qui confirme celui du médecin traitant est : gomme. Le malade se refusant à suivre un traitement spécifique sérieux, on lui donne sans rien dire, du protoiodure Hg. et de l'IK^o. Guérison en quelques jours. Mais, à l'heure actuelle, un procès est pendant entre M. R... et la compagnie des taxis, auquel il réclame une forte indemnité.

« II. — Le canonnier Ch. Albert fait en mars 1918 une chute d'un caisson d'artillerie et tombe à cheval sur un timon : contusion du testicule gauche.

« Une orchite, qualifiée de traumatique, se déclare. Mais celle-ci traîne et ne guérit pas. Finalement au bout de plusieurs mois ce soldat est présenté devant une commission de réforme et *réformé n° 1*.

« Le 16 avril 1919, le Dr Quioc voit le malade : le testicule

droit est presque triplé de volume, *extrêmement bosselé* (testicule et épididyme), très dur, sauf en avant où il y a un léger ramollissement. Douleurs spontanées et assez vives du testicule et du cordon. Interrogeant le malade, Quioc apprend qu'il a eu avant la guerre un chancre suivi de roséole, soigné seulement pendant quelques jours. La réaction de B. W. est positive. Soumis à des injections de cyanure Hg., puis de novarsénobenzol., le malade guérit rapidement de son orchite. Le testicule reprend aspect et dimensions normales ; seule persiste une adhérence de la vaginale ».

La seconde observation est plus démonstrative que la première dans laquelle, en effet, la lésion se développe très rapidement pour une gomme. L'aspect est celui d'une escharre plutôt que d'une gomme. La séro-réaction n'est pas faite. La guérison est, il est vrai, obtenue en quelques jours, peut-être un peu trop vite pour une gomme surtout avec un traitement mercuriel et iodé. Il reste, en un mot, un doute sur le diagnostic d'hématome d'ailleurs posé par le premier médecin.

En revanche le second cas est net : il semble bien s'agir d'une orchite traumatique transformée peu à peu en sarcocèle syphilitique. Mais il sort de notre sujet.

X. — OBSERVATION DE CLÉMENT SIMON

CLÉMENT SIMON. — Ostéo-périostite syphilitique ancienne méconnue. Traumatisme par balle. Syphilide cutanée tertiaire consécutive « in situ » *Bull. soc. fr. de Dermat. et de Syph.* Séance du 10 fév. 1921, p. 82.

Cette observation nous paraît peut être la plus importante

car elle est à l'abri de toute critique et elle est de nature à jeter quelque lumière sur la pathogénie de la syphilis traumatique. La voici *in extenso* :

« Au mois d'avril 1918..., on évacua sur mon service le soldat Ch..., âgé de 37 ans, pour une dermatose circonscrite siégeant au tiers inférieur de l'avant-bras gauche, du côté cubital. Le diagnostic de syphilide tertiaire était évident : disposition en placard circonscrit de tubercules saillants, cuivrés, fermes, dont quelques uns avaient guéri spontanément en laissant çà et là des aires cicatricielles. Les réactions de Wassermann et de Hecht étaient fortement positives. En regardant de plus près la lésion, je m'aperçus qu'une de ces aires cicatricielles, celle qui siégeait à la partie inférieure du placard, était différente des autres par sa pigmentation, sa dépression et son adhérence profonde au cubitus. Interrogé, le malade me dit qu'il avait eu, en novembre 1916 une blessure par balle qui avait intéressé le cubitus. Il ajouta que les lésions de la peau avaient commencé au niveau de la cicatrice de la blessure, en avril 1917 ; elles avaient guéri spontanément pour récidiver en février 1918. Quand je vis le malade, la poussée en cours évoluait depuis quatre mois.

« Mon attention attirée du côté du cubitus, je fis faire une radiographie qui montra des lésions osseuses auxquelles j'étais loin de m'attendre. Les deux cubitus avaient, surtout le droit, des lésions syphilitiques importantes.

L'espace clair médullaire est diminué à gauche ; à droite, il présente un aspect granuleux moucheté, dû à un envahissement partiel par de l'ostéite condensante disséminée dans tout le corps de l'os.

Il existe en outre un important épaissement du périoste

au niveau duquel on distingue, dans l'irrégularité des contours, des plaques osseuses, éburnées par places.

« On peut donc supposer que la balle, qui avait érodé le cubitus, avait mis en liberté les tréponèmes jusque-là enfermés dans le manchon périosté et que les tréponèmes avaient ensuite gagné la cicatrice, puis les téguments voisins.

« Il me reste à dire que ce malade ignorait sa syphilis, qu'il avait un enfant de huit mois bien portant et qu'il ne présentait aucune dystrophie caractéristique, en dehors d'un écartement des deux incisives médianes supérieures (signe de Gaucher).

« Le traitement, d'abord ioduré par injections intra-veineuses que j'essayais alors, puis novarsénical fit rapidement disparaître les lésions cutanées, sans modifier cependant, malgré une dose totale de 6 gr. 90, ni les réactions sérologiques, ni l'aspect des lésions osseuses.

« En somme, il s'agit d'un malade chez lequel tout s'est passé comme si le traumatisme avait ensemencé la peau, mettant en liberté un foyer de tréponèmes jusque-là localisé dans l'os sous-jacent. »

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette observation quand nous essayerons d'esquisser la pathogénie de la syphilis traumatique. Bornons-nous à noter ici l'existence d'un foyer osseux syphilitique intéressé, en temps que la peau, par le traumatisme.

XI. — OBSERVATIONS DE PASINI. —

PASINI (A). — Syphilis et trauma. Note critique. *Giornale ital. d. mal. vener. ed. pelle* LXII, 1921, p. 102-117 (fig).

Le savant professeur de Milan cite cinq cas. Trois

ont trait à des gommes développées sur le territoire où avaient été pratiquées des injections hypodermiques. Nous y avons fait allusion à propos des deux cas analogues cités par Gougerot.

Le quatrième cas est une ostéopériostite de la bosse frontale gauche, consécutive à un traumatisme local.

G... âgé de 27 ans, contracte la syphilis en novembre 1919 et présente des accidents secondaires. Pendant que ceux-ci sont en évolution, il fait sur la glace, pendant une course, une chute grave. La tête est violemment traumatisée au niveau de la bosse frontale gauche. Aucune solution de continuité des téguments, mais une ecchymose avec notable tuméfaction locale intéressant peau et périoste. Fortes douleurs, forte commotion, alitement. La commotion dure un jour à peine ; la douleur disparaît en deux jours. La tuméfaction elle-même diminue peu à peu et l'ecchymose passe par les couleurs habituelles. Le patient se borne à prendre irrégulièrement quelques pilules de biiodure de hg. Une dizaine de jours après l'accident, alors que la lésion semblait devoir se résoudre, elle s'accroît au contraire en montrant des caractères modifiés.

Le patient commence à se plaindre d'une douleur sourde spontanée, plus marquée la nuit, exagérée considérablement à la pression. La bosse frontale gauche se tuméfie de nouveau avec participation du périoste, mais sans participation de la peau qui, pour un certain temps se maintient libre et mobile sur la boîte crânienne. Mais bientôt les adhérences se forment la peau rougit un peu. La tuméfaction, dure, élastique, se ramollit en quelques points. Le malade a encore des plaques muqueuses pharyngées.

Le traitement combiné par le calomel et le néosalvarsan provoque d'abord une réaction de Herxheimer locale et générale et amène la disparition complète en un mois environ.

Le cinquième cas est une gomme ulcérée de la jambe gauche ayant comme point d'origine un cal osseux tibio-péronier qui avait précédé l'infection.

En avril 1916, V... reçoit un éclat de grenade qui lui fracture le tibia et le péroné, guérison avec cal osseux visible à la radiographie. En mars 1918 contracte la syphilis et attend le roséole pour se faire traiter (20 injections de colamel à 0 gr. 10 et environ 100 gr. Ki). Aucune manifestation jusqu'en avril 1920.

A la fin d'avril, apparaissent, au niveau du cal des douleurs surtout nocturnes. En septembre se forme peu à peu une tuméfaction osseuse qui gagne les muscles et qui, après avoir rougi et adhéré aux téguments s'ulcère et donne lieu à une ulcération gommeuse typique.

Le traitement (calomel et iodure) amène la guérison en un mois.

Pasini discute ensuite la pathogénie de la syphilis traumatique et donne son opinion sur laquelle nous reviendrons.

XII. OBSERVATION D'OËTINGER

OËTINGER. — Ostéopathie localisée à type d'ostéite de Paget consécutive à un traumatisme chez un syphilitique. *Bul. de la Soc. de méd. légale de France*. XVIII, 1921, p. 99-105.

Un homme de 41 ans, sans antécédents pathologiques notable, fait une chute grave en avril 1918 : il tombe d'un

train en marche et se fait des contusions multiples, en particulier à l'épaule gauche. L'auteur voit le malade un an après l'accident et constate qu'il présente, avec une atrophie musculaire du moignon de l'épaule, des signes non douteux d'arthrite scapulo-humérale. Les mouvements du bras sont très limités.

L'auteur ne revit le malade que six mois après, par conséquent 18 mois après le traumatisme et il constate, avec étonnement, une augmentation de volume irrégulière de tout le squelette du bras gauche. Une radiographie de l'humérus gauche dénote des lésions qui « sont décrites comme caractéristiques de la maladie de Paget ». L'étude complète du squelette ne dénote ailleurs aucune lésion appréciable ni cliniquement, ni aux rayons X.

La réaction de Wassermann est positive.

Dans la discussion qui suit cette communication, Broca discute le diagnostic de maladie de Paget et, croit qu'il s'agit d'un cas d'ostéomyélite gommeuse avec périostite.

Cette observation est importante. Le traumatisme semble bien avoir agi (quoique très lentement puisque l'augmentation de volume de l'humérus a mis un an à devenir perceptible) pour localiser une infection syphilitique générale ou pour développer d'une façon extraordinaire un foyer préexistant.

XIII. OBSERVATIONS DE AUG. BROCA

BROCA (Aug.) — *Arthrites syphilo-traumatiques du genou. Bulletins de la Soc. de méd. légale*, oct. 1921, p. 139.

Auguste Broca ne croit guère à l'existence des arthrites tuberculeuses post-traumatiques. Au contraire il pense que les traumatismes provoquent assez souvent des arthrites syphilitiques. Il recueille 18 observations d'arthrites traumatiques, à l'hôpital militaire de Vaugirard pendant la guerre. La réaction de Wassermann fut positive dans la moitié des cas. Il rapporte ces 9 cas à la société de médecine légale.

1) M... 26 ans. Le 17 avril 1917, entorse du genou suivie d'une hospitalisation (massages) et d'une convalescence. Broca vit le malade le 13 août, 4 mois après la chute et constate : *Hydarthrose* ; flexion presque complète. Cicatrices pigmentées et « circulaires » des jambes. Traitement mixte, massages de la cuisse légèrement atrophiée. Evacué le 12 novembre en bon état. Donc, trois mois de traitement.

2) P... 34 ans. Le 1^{er} décembre 1917, chute, gonflement du genou immédiat. L'auteur vit le malade le 16 janvier 1918 et constate : *Hydarthrose* abondante ; flexion 90° ; craquements, atrophie musculaire.

Traitement mixte. Résorption progressive du liquide. Le 15 mai l'atrophie musculaire persiste mais le genou est « sec » même état le 23 juin.

Il s'agit d'une hydarthrose qui se résorbe en cinq mois de traitement qui n'arrive pas d'ailleurs à guérir l'atrophie musculaire.

3) A... 18 ans. A 16 ans, blennorrhagie qui ne dure que 15 jours. Le 23 octobre 1917, chute et gonflement immédiat du genou. L'auteur note le 5 décembre : genou encore chaud, *hydarthrose* abondante, flexion douloureuse atteignant l'angle droit ; craquements ; extension un peu limitée ; atrophie musculaire modérée.

Le traitement est poursuivi jusqu'au 13 février. Les résultats n'en sont pas notés.

4) A... 31 ans. En mai 1919, chute et gonflement immédiat du genou. Le genou reprend un volume normal, mais reste douloureux. Le 21 août, chute de cheval et nouveau gonflement du genou. Le malade est examiné le 20 décembre par l'auteur : un peu d'épanchement (*hydarthrose*) ; craquements, un peu d'atrophie musculaire.

Traitement mixte. Le 4 mai 1918, le genou est sec et le malade réformé pour inaptitude à la marche.

La disparition de l'épanchement a demandé plus de 4 mois et la guérison a été imparfaite puisque le malade a été réformé.

5) B.... 32 ans. Le 21 octobre 1917, chute dans un trou ; gonflement du genou. Le 7 décembre l'auteur constate : épanchement léger (*Hydarthrose*) ; mouvements souples, craquements.

Après 20 injections de biiodure Hg et KI, le malade est envoyé au centre de réforme pour inaptitude à la marche.

Le traitement n'est pas assez prolongé mais on peut noter cependant que le malade n'a pas été guéri.

6) D. ... 38 ans, colonial paludéen. Son cheval s'abat sur lui en janvier 1916 ; gonflement immédiat du genou, douleur, mais continue le service. L'auteur voit le malade le 25 octobre : *Hydarthrose*, flexion de 30° à 40° ; craquements ; atrophie musculaire.

Traitement : injection de biiodure Hg et Ki. Plâtre. Résorption « assez rapide » du liquide. Le 18 février 1918 le genou est sec, mais il reste de l'atrophie musculaire.

Donc seize mois de traitement pour un résultat imparfait.

7) C. ... 30 ans. Chute en juillet 1916 qui n'empêche pas le service malgré un gonflement du genou: Hospitalisé le 15 août pour un phlegmon du mollet incisé ; sans autre traitement, par le repos au lit, le genou désenfle. Mais par la suite le gonflement réapparaît. L'auteur note le 22 décembre 1917 ; un peu de liquide (*Hydarthrose*) ; synoviale épaissie ; mouvements souples mais un peu douloureux et avec craquements, atrophie musculaire légère.

Pas de traitement (une seule injection de biiodure) et évacuation pour mesure disciplinaire.

8) H..., 46 ans. *Hydarthrose* qu'il dit consécutive à une entorse, le 4 février 1918. Le 23 mars, il tombe, en faisant un faux pas, sur le genou malade. On note : épanchement (*hydarthrose*) craquements articulaires ; atrophie musculaire modérée.

Pas de traitement. Le malade est perdu de vue.

9) H..., 33 ans, dit avoir reçu en 1911, un choc sur le pied, d'où gonflement pour lequel on l'a opéré, en diagnostiquant, dit-il, une tumeur blanche ; depuis il a marché à peu près, avec le coup-de-pied raidi à angle droit. En 1917, il est examiné par Broca qui constate un empâtement autour de l'articulation tibio-tarsienne droite ; l'astragale est douloureux à la pression ; le gonflement est mou, non fluctuant. Il pense d'abord à une lésion tuberculeuse et discute l'opportunité d'une opération quand il s'aperçoit que l'autre jambe est partiellement paralysée. Babinski consulté, diagnostique une

hémiparésie spinale spasmodique, par lésion du faisceau pyramidal.

Le traitement mixte amène la résorption de l'empatement, lentement, avec intercurrence d'une hydarthrose du genou du même côté. Au bout de six mois l'articulation avait récupéré quelques mouvements et le gonflement était beaucoup moindre. Il était à peu près nul au bout de la deuxième année.

Broca concède que les trois dernières observations sont contestables, que la sixième n'est pas tout à fait probante mais il pense que les cinq premières sont démonstratives.

Quelle que soit l'autorité de l'auteur, il semble difficile de partager son opinion sans restriction. En somme il s'agit de six cas d'hydarthrose post-traumatique. Sur quoi s'appuyer pour déclarer qu'ils sont syphilitiques? D'une part, la réaction de Wassermann, d'autre part sur les résultats du traitement. La réaction est elle est vraie positive, mais il va sans dire que cela ne prouve qu'une chose, c'est que le malade est syphilitique mais non que la lésion qu'il présente l'est aussi. Quant au traitement, il agit bien lentement et n'amène de résultats, pour la plupart d'ailleurs incomplets; qu'au bout de plusieurs mois : 3 à 16 mois. Deux fois les malades ont été envoyés à un centre de réforme.

Nous ne pensons donc pas qu'on puisse retenir les observations de Broca, du moins d'une façon indiscutable.

XIV. OBSERVATIONS DE KLANDER

KLANDER. — Syphilis et trauma. *J. amer. Méd. Assoc.*
LXXVIII, 1922, p. 1029-1037 (4 fig.)

L'auteur rapporte trois observations.

1) Ulcération gommeuse apparaissant chez un homme de 26 ans et syphilitique depuis 6 ans, à la suite d'une chute de motocycle, à l'endroit même d'une lacération produite sur la cicatrice d'une ulcération gommeuse guérie.

2) Gomme cutanée se développant à l'endroit d'un traumatisme longtemps et fréquemment répété. Il s'agit d'un employé de chemin de fer qui, dans son travail, heurtait chaque fois son bras contre la paroi des wagons et chez lequel apparut sur le point contusionné, une ulcération. Wassermann positif. Guérison rapide par le traitement arsénical.

3) Gomme du testicule à la suite d'un traumatisme.

XV. OBSERVATIONS DE JOSÉ MAY

JOSÉ MAY. — Syphilis ignorées révélées par de petits traumatismes professionnels. *An. de la fac. de Méd. de Montévidéo*, janvier 1923, p. 16.

Il s'agit de trois belles observations d'ulcérations gommeuses de la face antérieure de la rotule et de la jambe, chez des femmes qui avaient l'habitude de s'agenouiller pour laver les escaliers de leurs maisons.

Ces cas sont à rapprocher de ceux de Lacapère et Clara,

XVI. OBSERVATIONS DE HALBRON ET BARTHÉLÉMY

HALBRON ET BARTHÉLÉMY. — Traumatisme point d'appel et localisation de syphilis. *Annal. des mal. vénér.* juillet 1923, p. 526-528.

Deux observations :

1) G... présentant un Wassermann positif, est atteint de syphilides tuberculo-squameuses de la paume de la main droite, rappelant le vieux psoriasis palmaire syphilitique. « Les lésions siègent de préférence au centre de la paume et irradient sur toute la zone de préhension et d'appui proprement dite, en chevauchant les plis palmaires principaux. Il s'agit de la main droite. Or, le malade, droitier exerce la profession de cordonnier et manie en permanence ses outils, à manche court et gros qui viennent traumatiser exactement la région atteinte.

2) Julie D..., 44 ans, est atteinte d'une syphilide tuberculeuse tertiaire de l'espace scapulo-vertébral droit, avec Wassermann positif, qui guérit par un traitement d'abord bismuthique et ensuite arsénical.

« Or, ici, le traumatisme et le lieu de moindre résistance avaient été constitués par des pointes de feu, appliquées il y a plusieurs années pour traiter un point névralgique et dont on peut retrouver la trace cicatricielle sous forme de ponctuations blanchâtres très serrées et disposées régulièrement sur une bande haute de 5 cm environ et large de 10 cm. débordant en dedans la syphilide révélatrice d'une infection méconnue. »

OBSERVATIONS DE GASTOU ET FUCHS

GASTOU ET FUCHS. — Syphilis méconnue de la face d'apparence lupoïde. Influence du traumatisme sur l'évolution d'une syphilis latente d'origine probablement conceptionnelle. *Soc. Dermal. et de syph.* 11 déc. 1924, p. 490-491.

Il s'agit d'une malade atteinte de syphilides tertiaires tuberculo-croûteuses de la face. Cette éruption a été précédée d'une éruption analogue de la cuisse en premier lieu et ensuite de l'abdomen, actuellement guérie et spontanément. Or, trois mois avant l'éruption de la cuisse, le malade avait fait, sur cette cuisse une chute suivie d'une blessure superficielle qui s'infecta, d'où suppuration assez étendue mais peu profonde qui guérit rapidement.

Etant donné qu'il existe trois foyers de syphilides : cuisse, abdomen et face et que deux d'entre eux n'ont pas été traumatisés, on peut, si on veut être très rigoureux, penser que l'éruption de la cuisse est spontanée comme les deux autres et que le traumatisme n'a été qu'un fait de coïncidence.

XVIII. OBSERVATIONS DIVERSES

TOMPEER. — Le rôle du trauma sur les lésions syphilitiques avec des cas particuliers du type héréditaire. *G. amér. med. assoc.* LXXVIII, 1922, p. 185-187.

Deux observations personnelles et d'autres rapportées de divers auteurs.

LENZMANN. — Trauma et syphilis. *Fortschr. d. med.*, XXXVIII, 1921, p. 337-343 et p. 388-392.

HERB F. — Traumatisme et syphilis, considérés à la lumière de la fixation du complément. *Mol. et cut. Revierp*, XXVI, 1922, p. 545.

LENGYEL. (N). — Syphilis et traumatisme *Clujul rud.* (roumain) 1V, p. 103-6.

CHAPITRE III

Groupement des faits cliniques

Nous venons de voir que nombre d'observations que nous avons relevées dans la littérature ne présentent pas des garanties suffisantes pour être acceptées sans discussion. Pour nous mettre à l'abri de toute critique, nous éliminons les faits qui nous paraissent douteux et nous ne retenons que ceux qui peuvent nous servir pour une étude clinique et pour un essai pathogénique.

Nous retenons 2 cas de Toussaint sur 5. Nous éliminons tous ceux de Chaput car ils ne sont pas suffisamment explicites. Celui de Levy et Gely pourrait à la rigueur être accepté, nous préférons l'écarter pour la raison que nous avons dite. Nous retenons les 29 cas de Lacapère et Laurent ; les deux cas de Lapointe et Marbais ; 8 cas de Gougerot et Clara sur 10. Nous discuterons les faits, de gommes consécutives à des injections médicamenteuses. Nous retenons les deux obser-

vations de Vignolo-Lutati, celle de Raillet ; deux observations de Milian sur trois. Dans les observations de Goubeau, une seule, celle du sarcocèle traumatique est indiscutable, mais elle sort de notre sujet. Le cas de Clément Simon doit être retenu, ainsi que les deux cas de Pasini et celui d'Oettinger. Nous croyons devoir éliminer les 9 observations de Broca. Nous retenons 2 observations de Klauder, sur trois ; les trois de José-May ; les deux de Halbron et Barthélemy. Enfin celle de Gastou n'est pas à l'abri de toute critique.

En somme si on met à part les gommees développées sur l'emplacement d'injections médicamenteuses, il nous reste 57 observations qui nous paraissent valables.

A première vue, tous ces faits paraissent semblables entre eux et pouvoir se résumer de la façon suivante : traumatisme chez un ancien syphilitique ; développement, après une période plus ou moins longue, de syphilides *in situ* ; nature de la manifestation démontrée par les antécédents, la réaction du Wassermann et les effets du traitement spécifique.

En réalité les choses sont un peu plus compliquées et, à bien regarder de près, les faits sont assez disparates. Nous avons essayé de les grouper et nous avons ainsi obtenu 7 groupes différents.

1^{er} GROUPE. — *Syphilides post-traumatiques
proprement dites*

Ce groupe est représenté par 8 observations de

Gougerot et Clara, 2 de Vignolo-Lutati, 2 de Milian, 1 de Clément Simon, 1 de Pasini, 1 de Klauder. Résumons-les très brièvement :

1) Plaie contuse de la jambe ; ulcération syphilitique *in-situ*.

2) Plaie par balle du tiers inférieur de la jambe ; ulcération syphilitique *in-situ*. *Lésions osseuses probables*.

3) Contusion du genou par éclat de grenade ; gomme ulcérée *in-situ*.

4) Plaie de l'occiput par éclat d'obus ; syphilide ulcéreuse *in-situ*. *Lésions osseuses probables*.

5) Plaie du mollet par éclat d'obus ; gomme ulcérée *in-situ*.

6) Contusion du crâne ; gomme ulcérée *in-situ*. *Lésions osseuses*.

7) Contusions du thorax ; ulcération et fistules syphilitiques cutanées et *osseuses*, *in-situ*.

8) Plaie par éclat d'obus avec fracture du tibia, ulcération syphilitique et *ostéile*, *in-situ*.

9) Blessure du genou ; ulcération syphilitique, *in-situ*.

10) Contusion du genou ; vaste ulcération gommeuse, *in situ*.

11) Plaie contuse de la région antérieure de la jambe ; ulcération syphilitique *in-situ*. *Lésions osseuses*.

12) Chute sur le pariétal droit ; vaste ulcération syphilitique *in-situ*. *Lésions osseuses probables*.

13) Plaie par balle ayant intéressé le cubitus ; syphilides tuberculo-squameuses *in-situ*.

14) Chute sur le frontal, *périostite gommeuse* syphilitique *in situ*

15) Chute avec lacération d'une ancienne cicatrice d'ulcération syphilitique ; ulcération gommeuse *in situ*.

On le voit ces observations sont comparables. Toutes comprennent un traumatisme unique, en général violent (contusion, plaie contuse, plaie de guerre). Ensuite se développent *in situ*, des manifestations syphilitiques qui sont toutes du type tertiaire, ce qui n'est pas étonnant étant donné qu'il s'agit de syphilitiques anciens dans 14 cas sur 15. Mais on doit faire remarquer cependant que le malade de Pasini était en pleine éruption secondaire et que cependant il a présenté une périostite frontale gommeuse qui est arrivée, ramollie par points, jusqu'à la peau.

Dans toutes les observations de ce premier groupe, il existe des lésions cutanées. Presque toujours il s'agit de « gommès ulcérées » ou « d'ulcérations syphilitiques », une fois seulement la gomme ne s'est pas ulcérée (cas de Pasini) probablement parce que le traitement a été commencé à temps.

Dans un cas seulement, on note des syphilides tuberculo-squameuses (Clément Simon).

Notons aussi que presque toutes ces plaies siégeaient non loin de plans osseux. Dans nombre d'entre elles, le traumatisme de l'os où son état pathologique est noté.

Résumons les caractéristiques de ce premier groupe : traumatisme unique et violent, intéressant souvent les os, développement *in situ* de syphilides cutanées du type tertiaires, plus souvent ulcéro-gommeuses que tuberculeuses, avec ou sans lésions osseuses syphilitiques.

2^e GROUPE: — *Retard de guérison des plaies*

Ce groupe comprend une observation de Toussaint et les deux de Lapointe et Marbais.

Ici, le traumatisme violent, par éclat d'obus n'a pas provoqué l'apparition de syphilides, comme dans le groupe précédent. Mais les plaies, infectées d'ailleurs, qui en résultaient n'avaient aucune tendance à la cicatrisation, bien qu'elles fussent pansées correctement. Un traitement novarsénical répare ces plaies rapidement et spontanément.

Le cas de Toussaint concerne un officier, opéré antérieurement d'amputation sous astragaliennne et qui fait, au niveau du point d'appui de son moignon une plaie suppurante avec suppuration également du calcanéum. La cicatrisation est obtenue par le traitement spécifique.

Il est à remarquer l'extrême rareté de ces faits, puisque nous n'avons pu en relever que trois, en dépouillant non pas certes toute la littérature médicale, ce qui est impossible, mais de nombreuses publications et notamment les bulletins de la Société de Chirurgie.

3^e GROUPE: — *Pseudarthroses*

Le retard de la consolidation des fractures chez les syphilitiques paraît aussi rare que le retard de la cicatrisation de leurs plaies. Nous n'avons pu en relever qu'une observation, de Toussaint.

Elle concerne un officier hérédo-syphilitique qui, à la suite d'une chute de cheval, se fait une fracture fermée des deux os de la jambe. Malgré un traitement correct, une pseudarthrose se forme qui fait place rapidement à un cal solide quand le traitement spécifique est institué.

4^e GROUPE. — *Manifestations syphilitiques consécutives à de petits traumatismes répétés*

Ce groupement est important. Nous y faisons entrer les 29 observations de Lacapère et Laurent ; les deux observations de Raillet ; l'observation de Klauder ; les 3 de José May et 1 de Halbron et Barthélemy.

Les 29 observations de Lacapère et Laurent sont identiques.

Petites contusions, répétées plusieurs fois par jour, du front des islamistes au cours de leur prière dont un des gestes rituels est d'abaisser la tête presque au contact du sol des mosquées. Consécutivement, développement de lésions banales de la peau qui, chez le syphilitique, se transforme en gommes sous-cutanées *avec participation de l'os sous-jacent*.

C'est aussi par des traumatismes répétés que le boulanger de Raillet, qui râclait ses avant-bras avec un coupe-pâte, détermine sur son avant-bras gauche l'apparition d'une syphilide papulo-squameuse serpiginieuse. Même réflexion pour le conducteur d'artillerie qui présentait des ulcérations gommeuses, *avec lésions de périostite*, au point où des contusions répétées étaient produites par des « bricoles ».

Ce sont aussi les traumatismes répétés que subit l'employé de chemin de fer de Klauder qui heurtait chaque fois, dans son travail, son bras contre les parois du wagon et qui vit se développer *in situ* une ulcération syphilitique.

Les trois laveuses de parquet de José May, qui travaillent à genoux, présentent à la longue des ulcérations syphilitiques à la face antérieure de la rotule et de la jambe, *avec participation osseuse probable*.

Les deux malades de Halbron et Barthélemy sont également victimes de petits traumatismes répétés. L'un, cordonnier, manie en permanence ses outils à manche court et gros qui viennent heurter, dans la paume de la main droite, exactement l'endroit où se développera un « psoriasis syphilitique ». L'autre présente des syphilides tuberculeuses tertiaires au niveau de cicatrices de pointes de feu.

5^e GROUPE. — *Lésions osseuses sans syphilis cutané.*

Ce groupe serait assez important si on y comprenait les observations de Broca. Après discussion, nous avons cru devoir les éliminer. Il ne reste donc que le malade d'OEttinger qui, à la suite d'une chute grave de l'épaule gauche, présente des lésions qui ressemblent à celles de la maladie de Paget ou à celles qui caractérisent l'ostéomyélite gommeuse. Wassermann positif.

On voit combien sont rares les faits bien observés de lésions ostéo-articulaires syphilitiques post-traumatiques, sans syphilides cutanées. Ce fait est à remarquer

car il est classique de croire que les lésions de ce genre sont assez fréquentes,

6^e GROUPE. — *Manifestations syphilitiques sur des points ayant été le siège d'injections médicamenteuses*

Ces faits sont nombreux dans la littérature. On en trouve de vieilles observations que nous avons dites au chapitre précédent. Pour ne s'en tenir qu'aux récentes, rappelons les deux malades de Gougeort, les trois de Pasini dont l'un morphinomane ne présentait pas moins de 60 gommes.

Quand on lit avec soins ces observations et, quelle que soit l'autorité qui s'attache aux noms de leurs auteurs, on ne peut s'empêcher d'une certaine hésitation. Les abcès, les nécroses locales ne sont pas rares à la suite de ces injections et, une fois ouverts, ils peuvent, surtout dans le cas de nécrose, simuler des gommes. Sans doute les auteurs annoncent cette cause d'erreur que Gougerot prend même soin de signaler ; sans doute ils font l'épreuve du traitement. Peut-être, sommes-nous trop sévères, mais nous pensons cependant que ce groupe est moins caractéristique que les précédents.

7^e GROUPE. — *Traumatisme antérieur à l'infection syphilitique*

Ce groupe curieux est représenté par une unique observation de Pasini.

Elle concerne un malade qui présenta en 1920 une gomme ulcérée de la jambe gauche ayant comme point d'origine un cal osseux tibio-péronier consécutif à une plaie comminutive, par éclat de grenade, du tibia et du péroné. Le traumatisme était en 1916 ; la syphilis en 1918.

On peut rapprocher de cette observation celle, beaucoup plus ancienne de Beniez (cité par Thibierge).

« Un homme blessé en août 1870 par balle, ayant déterminé une fracture du cubitus contracte la syphilis en octobre 1871, et est pris en avril 1875 de périostite gommeuse de l'avant-bras, qui récidive et détermine une large ulcération ».

CHAPITRE IV

Essai pathogénique

La syphilis traumatique illustre la vieille théorie du « *locus minoris resistentiæ*. Il est permis toutefois d'essayer d'approfondir le mécanisme de cette diminution de la résistance des tissus sous l'influence des traumatismes.

Dans bon nombre des cas que nous avons rapportés on a pu remarquer que, parallèlement aux lésions syphilitiques de la peau, évoluaient des lésions osseuses. Dans quelques observations, il est même noté que les os présentaient des lésions syphilitiques antérieures au traumatisme. Clément Simon pense que, dans ces cas, et c'est aussi notre opinion, le traumatisme a mis en liberté des tréponèmes qui étaient jusque-là enfermés sous le manchon périosté. L'observation qu'il rapporte et que nous avons citée textuellement a la valeur d'une expérience. On se rappelle qu'il s'agit d'un homme qui présentait des syphilides tuberculo-squameuses de la région cubitale gauche qui s'étaient développées au ni-

veau de la cicatrice d'une plaie par balle qui avait intéressé le cubitus. Or la radiographie montra que les deux cubitus étaient atteints de graves lésions de syphilis héréditaire. La balle en érodant le cubitus gauche avait mis en liberté des tréponèmes qui, gagnant de proche en proche, avaient atteint la cicatrice et les téguments voisins. L'avant-bras droit qui n'avait reçu aucun traumatisme, et dont cependant le cubitus était plus malade que son congénère, ne présentait pas de lésions cutanées.

L'hypothèse de Clément Simon s'appuie sur d'autres faits cliniques, certes moins nets que le sien, mais cependant importants. Nous les avons étudiés dans les chapitres précédents.

Elle s'appuie aussi sur les recherches expérimentales de Neisser, Barmann, Bruck, Halberstadter, Schereschewsky, faites sur les singes et qui ont montré que les tissus les plus favorables à la conservation des spirochètes sont les organes hématopoiétiques et *surtout la moelle osseuse*.

Nous pensons bien que, pour un certain nombre de faits, peut-être les plus fréquents, la syphilis traumatique proprement dite, succédant à un traumatisme unique et violent, l'hypothèse de Clément Simon doit être acceptée.

Mais nous avons cité des cas où le traumatisme n'a intéressé que les parties molles, le mollet par exemple. Ne peut-on pas penser que le traumatisme a porté sur des points où vivaient, d'une vie ralentie, des tréponè-

mes ? Nous avons une preuve clinique de cette hypothèse dans une des observations de Klauder où l'on voit une gomme se développer, à la suite d'un traumatisme *in-situ*, sur la cicatrice d'une gomme antérieure.

On peut sans doute objecter que ce fait est exceptionnel et que presque toujours le traumatisme porte sur des régions indemnes de toute trace de lésion syphilitique.

Cette objection, très forte à la vérité, n'est pas sans réponse. Les tréponèmes peuvent se conserver dans les tissus les plus variés de l'organisme. Déjà Neumann, Unna avaient constaté des résidus d'infiltrats inflammatoires au niveau d'anciennes lésions primaires ou *secondaires* cicatrisées. Il y a plus : Schneider a trouvé des tréponèmes, doués de leurs propriétés morphologiques, dans ces résidus. D'autres auteurs tels que Pasini, Arning et Klein, Hoffmann, Tiochl ont mis en évidence les tréponèmes dans des lésions guéries depuis longtemps, deux ans dans quelques cas et ils ont présenté leurs préparations dans différents congrès. Enfin Saudmann et Fischl ont démontré la virulence de ces spirochètes en inoculant les infiltrats où ils étaient contenus à des singes et à des lapins et en obtenant des résultats positifs.

Pasini, Roca, Hoffmann, Guszmann ont mis en évidence les tréponèmes dans la muqueuse et dans le tissu amygdalien, plusieurs mois après la disparition de plaques muqueuses. Pasini, à cette occasion, a même soulevé la question de la contagiosité de la salive.

Vörner, Hoffmann ont trouvé le spirochète pâle dans le liquide extrait par ponction des ganglions pendant les périodes de latence de l'infection syphilitique.

On peut donc supposer que lors d'une éruption secondaire généralisée des tréponèmes continuent à vivre en saprophytes sur des points du tégument, alors que l'éruption est depuis longtemps guérie cliniquement.

Si le traumatisme vient à porter sur un de ces foyers, il pourra déterminer l'apparition d'une manifestation syphilitique.

Cette théorie des foyers locaux de tréponèmes momentanément saprophytes explique les faits dans lesquels un malade subit des traumatismes multiples et ne voit cependant se développer des syphilides qu'en un point : c'est précisément celui où se trouvait un de ces foyers. Elle explique aussi pourquoi tous les traumatismes survenant chez des syphilitiques ne donnent pas lieu à des syphilides. Elle explique enfin la rareté de la syphilis traumatique, eu égard à la fréquence extraordinaire des traumatismes chez des syphilitiques pendant la guerre.

L'hypothèse que nous formulons n'explique pas cependant pourquoi des manifestations syphilitiques peuvent se manifester au niveau de foyers de fractures antérieures à l'infection spécifique. Nous avons cité une observation de ce genre, due à Pasini. Ici intervient, dans toute sa pureté, la théorie du *locus minoris resistentiæ*.

Peut-on, ici encore, risquer une explication ? Nous

donnerons celle de Pasini qui suppose que les tissus de néo-formation, consécutifs à une lésion traumatique cutanée ou osseuse ou généralement quelconque ne sont pas doués des mêmes propriétés biologiques que les tissus sains et notamment qu'ils sont dépourvus d'immunité. Il se créerait donc, au niveau des points traumatisés cicatriciels des régions non immunisées où s'arrêteraient les tréponèmes, venus d'un foyer plus ou moins éloigné et mis en liberté à l'occasion d'une diminution de l'immunité générale.

Cette notion peut s'appliquer d'ailleurs aux faits dans lesquels le traumatisme est postérieur à l'infection et que nous avons d'abord examinés. On peut supposer comme nous l'avons fait, que le traumatisme met en liberté des tréponèmes, vivant à ce niveau, à l'état de vie ralentie et que, par suite de la diminution de l'immunité locale, ils prennent une vitalité nouvelle et peuvent ainsi déterminer des lésions.

La théorie de Pasini expliquerait aussi les cas où le traumatisme a porté sur un point dépourvu de tréponèmes et où se développent cependant après cicatrisation des lésions syphilitiques. Le traumatisme crée un lieu de moindre immunité où s'arrêteront plus tard par métastase, des tréponèmes charriés par le sang à la faveur d'une diminution momentanée de l'immunité générale.

Ces notions ne sont pas en contradiction avec ce que nous savons de la pathologie générale de la syphilis. On suppose en effet que, dans cette maladie, il exis-

te à la fois un état de sensibilisation et d'immunité. C'est de leur mélange, où prédomine tantôt l'un tantôt l'autre, que naissent les phases si adverses de l'évolution de la syphilis. A la période secondaire, l'immunité est plus forte que la sensibilisation pendant les phases latentes, alors que, pendant l'explosion des accidents, elle devient inférieure, mais dans une faible proportion. En effet, les accidents secondaires sont superficiels et, s'ils sont généralisés, c'est qu'il y a un très grand nombre de tréponèmes en circulation, un véritable état septicémique.

La période tertiaire est caractérisée par un fléchissement progressif de l'immunité et de la sensibilisation, celle-ci, restant cependant à un niveau notablement plus élevé d'où production d'accidents graves, profonds mêmes avec un très petit nombre de germes.

Ces quelques notions de pathologie générale que nous avons résumées d'après Bouveyron, d'après Widal et Gougerot nous aident à comprendre pourquoi le traumatisme, pendant la période secondaire latente, ne donne pas lieu à des manifestations secondaires. A ce moment en effet, l'état d'immunité est très fort et le traumatisme ne suffit pas à l'ébranler. On ne peut citer comme exemple de l'influence du traumatisme sur l'apparition d'accidents secondaires que celui du tabac. Encore les plaques muqueuses des fumeurs sont elles beaucoup plus rares avec les nouveaux traitements. Quant aux expériences de Tarnowsky, qui disait avoir obtenu, l'apparition de papules syphilitiques en des

points soumis à des irritations artificielles, elles n'ont jamais pu être reproduites.

Au contraire, à la période tertiaire l'état de sensibilisation dépasse l'état d'immunité. Un traumatisme, dans ces conditions, surtout s'il porte sur un foyer de tréponèmes, peut facilement, après la réaction de ceux-ci, créer un terrain favorable à leur développement. Que si le traumatisme porte sur un point indemne, il créera avec facilité un tissu dépourvu d'immunité où viendront se localiser les tréponèmes véhiculés dans le sang.

Notre premier groupe clinique, celui des syphilides post-traumatiques proprement dites, peut être expliqué comme nous venons de le faire.

Il est plus difficile d'expliquer le retard de guérison des plaies simples chez les syphilitiques. Ces faits sont d'ailleurs d'une rareté extrême, tellement rares qu'on peut se demander s'il ne s'agit pas de faits de coïncidence.

Il en est de même des pseudarthroses.

Les syphilides consécutives à de petits traumas répétés peuvent, nous semble-t-il, s'expliquer par notre hypothèse, les traumatismes mettant en liberté un foyer latent de tréponèmes ou bien se bornant à disséminer régionalement une lésion d'abord très limitée, comme dans le cas du boulanger de Raillet.

On se souvient que cet homme frottait également ses deux avant-bras et que cependant il ne survint de lésions que sur l'un d'eux, probablement parcequ'il y existait soit un foyer latent que les traumatismes avaient

réveillé, soit une véritable syphilide qu'ils ont disséminée.

Les lésions osseuses sans syphilides cutanées, d'ailleurs très rares, peuvent facilement être expliquées par notre hypothèse puisque les os sont le siège le plus fréquent des foyers latents de tréponèmes.

Notre sixième groupe, celui des manifestations syphilitiques consécutives à des injections médicamenteuses s'éclaire aussi avec notre hypothèse soit avec celle de Pasini, c'est-à-dire que l'on admette l'existence de foyers latents de tréponèmes ou bien une diminution de l'immunité des tissus néo formés par induration des tissus autour du liquide injecté. Mais, nous le répétons, nous faisons des réserves sur l'existence de ces faits.

Nous avons déjà parlé de la pathogénie applicable à notre septième groupe qui concerne l'influence des traumatismes antérieurs à l'infection syphilitique.

CONCLUSIONS

1) La syphilis traumatique, cutanée ou osseuse, existe, mais elle est très rare.

2) Elle se manifeste cliniquement par des lésions tertiaires, plus souvent ulcéreuses ou gommeuses, plus rarement tuberculeuses ou tuberculo squameuses.

3) Les cas de syphilis traumatique peuvent être classés en sept groupes :

1°. — Syphilides post-traumatiques proprement dites

2°. — Retard de guérison des plaies.

3°. — Pseudarthroses.

4°. — Syphilides consécutives à de petits traumatismes répétés.

5°. — Lésions osseuses sans syphilis cutanée.

6°. — Syphilides consécutives à des injections médicamenteuses.

7°. — Syphilides évoluant au niveau d'un trauma antérieur à l'infection syphilitique.

4) L'apparition des manifestations syphilitiques au niveau du point traumatisé, peut s'expliquer par la mi-

se en liberté d'un foyer de tréponèmes siégeant le plus souvent dans l'os sous-jacent lui-même traumatisé. Des faits cliniques et expérimentaux viennent à l'appui de cette hypothèse. Ces foyers latents de tréponèmes peuvent d'ailleurs exister, quoique plus rarement dans des infiltrats inflammatoires, résidus de lésions cutanées secondaires cicatrisées.

Cette hypothèse explique la rareté de la syphilis traumatique et aussi le fait que chez un même malade, des traumatismes multiples ne provoquent qu'une seule manifestation spécifique.

5) Il semble cependant exister des syphilides consécutives à des traumatismes ayant porté sur des points indemnes des foyers syphilitiques. Ces faits, d'après Pasini, s'expliquent par une diminution locale de l'immunité dans les tissus néoformés.

Vu le Président de Thèse :

FAURE.

Vu : *Le Doyen,*
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.

